	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53,011,223		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1551 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/21/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 7,194,624	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20/03/2024 VEINTE DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 33,593,648		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 3,597,312
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	13759	**Nº CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y ONCE (11) DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20993	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23877	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,796,416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29157	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (11) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,616,048	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33003	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,791,936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36534	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
Nº DE PÓLIZA:	N.A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N.A
FECHA DE LA PÓLIZA	N.A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N.A

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Se realiza un seguimiento por base de datos con los pacientes y registro de asistencia a consultas, así como registro generado por RIPS, así como lleva un registro manual y digital de los pacientes vistos y atendidos a diario.
2	Se lleva un registro por acta en cada actividad desarrollada de forma mensual, así como lleva el registro por medio de los correos en los que se reportan los casos.
3	Se lleva registro y control por el sistema Dinamica y en los RIPS completamiente diligenciados
4	Se hace el debido seguimiento diario al ingreso y salida del cumplimiento de dicha obligacion.
5	Se lleva el registro de atencion de pacientes tanto manual como digital en el que consta las atenciones y el numero de pacientes diario.
6	Se hace el seguimiento periodico del uso de los EPP y del lavado de manos y realiza un seguimiento periodico de la satisfaccion de la atencion por parte de los pacientes
7	Se realiza seguimiento mensual y periodico de los aportes como consta en las planillas.
8	POR CONCEPTO de 192 horas realizadas por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No.PS 1551 2024.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7941212853	**OPERADOR:**	PLANILLA SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	FAMISANAR	10/10/2024	$	180,400
PENSIÓN:	PROTECCION	10/10/2024	$	230,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	RIESGO V	$	-
OTRO	CCF - COMPENSAR	10/10/2024	$	28,900
TOTAL PAGADO			**$ 440,200**	

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Leidy Carreño Oviedo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA
CC: 53011223
CEL: 3046246837

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA**			**CC:**	**53011223**
				RUT (NIT):	53011223-6
CORREO ELECTRÓNICO:	psico.leidyco@gmail.com			**TELÉFONO:**	3046246837
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 10 # 148 - 23			**CIUDAD:**	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				(x)	
SI tomaré costos y deducciones				( )	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ( )	NO (x)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**04551673028**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1551 2024**	**Nº CDP:**	**140**	**Nº. RP:**	**13759**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (9) NUEVE MESES Y (11) ONCE DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**10/31/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 33,593,648**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3,597,312**
	TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.					

Leidy Carreño Oviedo

CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA
C.C 53011223
cel: 3046246837

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53,011,223

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1551 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7,194,624
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33,593,648		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3,597,312
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10)	N° CRP INICIAL:	13759	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y ONCE (11) DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7941212853		OPERADOR:		PLANILLA SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	20993	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23877	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,796,416	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29157	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y ONCE (11) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,616,048	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	33003	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,791,936	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36534	TIEMPO PRORROGADO:	(3) TRES MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N.A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N.A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Dr. Guillermo Rubio Guiza Médico Cirujano General RM 14244000 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53011223
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY GISELA CARRENO OVIEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 72 SUR N 88 M 11	TELÉFONO:	7653793
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7941212853		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		972206334

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 230.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 180.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 180.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 28.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 28.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 439.200**
VALOR MORA:	**$ 1.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 440.200**