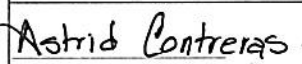
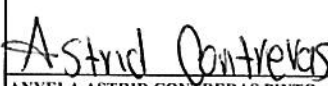
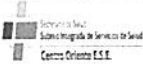
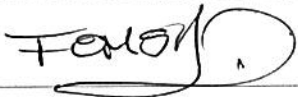


168

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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 ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.122.134.710	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "API".	
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4630 2024	FECHA INICIO CONTRATO 27/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.413.685	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.412.112	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.816.752
N° DE INFORME:	3	N° CRP:	40454
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		JIII. HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRAO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.998.427	CDP DE LA ADICIÓN:	3461
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	
N° DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA POLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)			
1	Preste servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.		
2	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.		
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.		
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.		
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.		
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.		
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE		
8	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.		
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
10	Implemente las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.		
11	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.		
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.		
13	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.		
14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
15	Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.		
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora		
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional		
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.		
19	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.		

20	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024 dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		30964217		OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:		NUEVA EPS	16/10/2024	\$	164.100
PENSIÓN:		PORVENIR	16/10/2024	\$	210.000
RIESGOS LABORALES:					
OTRO		COMPENSAR	16/10/2024	\$	26.300
TOTAL PAGADO					\$ 400.400
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realice 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, nrl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scexp 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)					
Anevar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
 ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO CC: 1122134710 CEL: 320814918					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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:		ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO			CC:		1122134710
CORREO ELECTRÓNICO:		ASTRIDCONTRERAS5616@GMAIL.COM			RUT (NIT):		1122134710 - 0
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 7D N° 81B - 03			TELÉFONO:		3208814918
					CIUDAD:		BOGOTÁ D.C
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:		DAVIVIENDA					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004370820286
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 4630 2024	N° CDP:	3461	N° RP:	43362	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 4.412.112	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 1.816.752						
UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE							
<div> ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO CC: 1122134710 CEL: 320814918</div>							

		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-1A-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.122.134.710		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4630 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				27/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.413.685			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.412.112		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.816.752	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 40454 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3007	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DÍAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		30964217		ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.998.427		ADICIÓN (1)	
				PRÓRROGA (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 </div> <div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PERFIL: ENFERMERA </div>			



RAZÓN SOCIAL :	ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1122134710
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-16
FECHA DE PAGO:	2024-10-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30964217
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30964217
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.600	\$ 162.500	\$ 164.100
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 2.000	\$ 208.000	\$ 210.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 26.000	\$ 26.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.900	\$ 396.500	\$ 400.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/11/2024
----------------------------------	------------

