Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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 DIANA PILAR ROA BARRIOS							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CEDULA				52.833.777			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2909 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.833.832	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		1,MES 28 DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.803.028	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.669.500			
N° DE INFORME:	9	N° CRP:	14135	N° CDP:	317		
SALUD:	9 MESES 10 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22349	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25287	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.277.308	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29294	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.411.604	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32565	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.121.754	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36690	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39868	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
N° 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Cumpli e hice cumplir las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (SISSCO) E.S.E
2	Recibi en la plataforma del software SIRC las solicitudes de las diferentes unidades de salud (UMHES-CAPS- USS) de la subred centro oriente
3	Entregué el turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC
4	Facilité el traslado de pacientes urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud
5	Articulé LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, traslados, referencias e interconsultas o Apoyo diagnostico
6	Solicité los documentos necesarios para los traslados.
7	Facilité la articulación con los diferentes actores de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer más eficientes los servicios
8	Direccioné la ambulancia con la tipología requerida (TAB-TAM) por via telefónica o por frecuencia de radio, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita

9	Priorice los despachos de urgencias vitales, pacientes neurológicos, maternas a las unidades de alta complejidad los cuales como criterio especial de traslado no requieren aceptación en la unidad destino
10	Identifiqué los niveles de atención alto, medio, y baja complejidad y los servicios que presta (ambulatorios, hospitalarios, urgencias, complementarios).
11	Se realizó la revisión del correo instuticional con el objetivo de encontrar información autorizaciones, provenientes de las diferentes unidades que conforman la SISSCO
12	Informé la disponibilidad de ambulancias en el aplicativo SIDCRUE.
13	Utilizar el teléfono institucional para trámites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo, Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
14	Asisti a las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos programadas desde la entidad
15	Presenté pacientes al lider de gobierno clinico o quien determine repetir la obligacion y se dio respuesta en TERMINO MENOR DE 3 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474901296	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	9/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

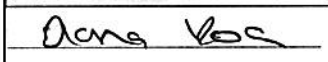
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA PILAR ROA BARRIOS
CC:52833777
CEL:3118923334

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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:	DIANA PILAR ROA BARRIOS	CC:	52833777
		RUT (NIT):	52833777
CORREO ELECTRÓNICO:	PILIROA80@HOTMAIL.ES	TELÉFONO:	3118923334
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 81 D N° 8 C-51	CIUDAD:	BOGOTA

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:	SCOTIABANK COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0157001936

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2909 2024	N° CDP:	2783	N°. RP:	39868	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 21.803.028
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL31/1/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	UN MILLON SEIS CIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE					
	$ 1.669.500					

Diana Roa

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIANA PILAR ROA BARRIOS
C.C 52833777
cel: 3118923334

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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			DIANA PILAR ROA BARRIOS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.833.777		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE NEFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SRVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2909 2024		FECHA INICIO CONTRATO	20/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.833.832,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.803.028,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.669.500,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	N° (9)	Nº CRP INICIAL:	14135	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474901296		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TENICO CODIGO 009				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	1030	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	1270	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.277.308	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	1619	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.411.604	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	2200	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.121.764	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	2598	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	2783	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
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 autorizo 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	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:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TENICO CODIGO 009 GRAD

Johon Jairo Rodriguez A
C.C 3.087.070
Enfermero Epidemiólogo
Especialización O.I.S

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO