Secretaría Distrital 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

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**1.031.177.472**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5436 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/11/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.433.120**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**(2) DOS MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 5.433.120**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.672.026**	
N° DE INFORME:	**1 DE 1**	**N° CRP:**	**47341**	**N° CDP:**	**3748**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**(2) MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**DIANA MARIA LOPEZ DURANGO DIRECTOR ADMINISTRATIVO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**		**PRORROGAS**		

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	N/A	**NO**	**X**
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	Se realiza verificacion de inventarios fisicos, y asi se proyecta la necesidad mensual , garantizando el abastecimiento en las areas asistenciales y administrativas.
2	Diariamente se registran los movimientos necesarios en el sistema de informacion Dinamica Gerencial, garantizando la calidad del registro y asi mismo su confiabilidad.
3	Se realiza recepcion tecnica-administrativa y verificacion contra contratos vigentes garantizando su cumplimiento de ejecucion dentro de los tiempos, asi mismo cada de los lineamientos a seguir.
4	Diariamente se realiza proceso de registro en los diferentes modulos según necesidad del servicio, recepcion y verificacion contra contratos vigentes, garantizando su cumplimiento y entrega en los diferentes servicios
5	Mensualmente se realiza inventario fisico contra sistema de informacion, garantizando stop de insumos y/o elementos, rotacion y demas aspectos que optimizen el desarrollo de la gestion.
6	Se realiza recepcion tecnica-administrativa, según procedimientos y lineamientos establecidos para el optimo cumplimiento de abastecimiento en los diferentes servicios .
7	Semanalmente se genera reporte de insumos y/o elementos con sus respectivas fechas de vencimiento, para realizar rotacion oportuna o procesos que se requieran.
8	Se realiza toma fisica de inventario diariamente Vs. Sistema de informacion, y asi mismo se garantiza control y distribucion de los mismos.
9	Diariamente se realiza registro y control de temperatura y humedad en el formato establecido.
10	Se realiza inventario selectivo en cada cierre de periodo, para garantizar la confiabilidad y el cruce de cada uno de los medicamentos, dispositivos medicos, utiles de escritorio-computo y diferentes insumos que se almacenen en dicho lugar.
11	Se realizan los analisis de los indicadores y luego se socializan mediante el informe.
12	Se hace entrega de cada una de los informes solicitados con calidad y garantizando confiabilidad.
13	Diariamente la gestion va enfocada al mejoramiento continuo, buscando los estandares de habilitacion y asi ser reconocidos por el cumplimiento de nuestras actividades con calidad y humanizacion.
14	Se realiza Informe Mensual de cumplimiento de actividades, garantizando confiabilidad en la ejecucion del contrato.
15	Disposicion pára cada una de las solicitudes de informacion e ejecucion garantizando calidad y confiabilidad.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		**OPERADOR:**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:			
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 0**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Que desarrollé 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 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

Darian Lorena Romero

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
CC:1031177472
CEL: 3007666503

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA CLARA PATRICIA BARRETO CAMARGO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DARIAN LORENA ROMERO MACIAS	CC:	1031177472
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	tecnicolorena8@gmail.com	TELÉFONO:	300766650
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 69 C 68 B SUR 55 C 42	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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, r

Regimen Simple **De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los — SI ( ) — NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	58500013824
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO	PS 5436 2024	Nº CDP:	3748	Nº. RP:	47341	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (2) DOS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 5.433.120
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.672.026 DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MCTE.					

Darian Lorena Romero

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
C.C 1031177472
CEL: 3007666503

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
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.031.177.472

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5436 2024			FECHA INICIO CONTRATO	1/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.433.120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.048.234			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 DE 1	N° CRP INICIAL:	47341	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3748
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	(2) DOS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:				OPERADO	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION ADMINISTRATIVA (ALMACEN)				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA MARIA LOPEZ DURANGO-DIRECTOR ADMINISTRATIVO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3748	RP DE LA	47341	TIEMPO PRORROGADO:	

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 articulo 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/ 11 /2024) AL (30 /11 /2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

Diana López D.

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
DIANA MARIA LOPEZ DURANGO
CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO CODIGO 009 GRADO 05

Jair

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JOHN JAIRO GUERRERO
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 222 GRADO 24

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.031.177.472**

ROMERO MACIAS

APELLIDOS

DARIAN LORENA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00872614-F-1031177472-20161222 **0052734130A 1** **46796110**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141142132962

(415)7707212489984(8020) 000014114213296 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 1 1 7 7 4 7 2	7	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 1 1 7 7 4 7 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	MACIAS	DARIAN	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
IV 69 C 68 B SUR 55 C 42

42. Correo electrónico tecnicolorena8@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 0 0 7 6 6 6 5 0 3	3 1 1 8 0 2 6 3 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 9 9	2 0 1 7 0 7 2 1	6 2 0 9	2 0 2 4 0 2 1 4			

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 11 - 06 / 20 : 11: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ROMERO MACIAS DARIAN LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DARIAN LORENA ROMERO MACIAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1031177472, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241018	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Noviembre de 2024

Observaciones:

Con destino a:
DARIAN LORENA ROMERO MACIAS

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26637109

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DARIAN LORENA ROMERO MACIAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1031177472,** se encuentra afiliado/a desde **31/01/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de octubre de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Certificación Bancaria

Jueves, 07 de noviembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DARIAN LORENA ROMERO MACIAS identificado(a) con CC 1031177472, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	58500013824	2018-12-11	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

ARL

sura

Medellín, 19 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que DARIAN LORENA ROMERO MACIAS con documento de identidad C1031177472, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT 9900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-10-31	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA