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					
MARLENI RODRIGUEZ FONSECA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51.904.863		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1624 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	$ 8.243.840	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.086.080		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.709.728	
Nº DE INFORME:	Nº 11	Nº CRP:	13770	Nº CDP:	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES, DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 16		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	6.089.200	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21362	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	24956	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	7.588.080	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28519	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32683	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	12.665.536	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36912	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	468.400	CDP DE LA ADICIÓN:	3601	CRP DE LA ADICIÓN:	44553	TIEMPO PRORROGADO:	NA
VALOR ADICIONADO	7.381.984	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45789	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	x	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

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)

ITEM	
1	SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOA TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACION DE TERAPIAS, RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA.
2	SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCIÓN. SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA.
3	EN LA PRESTACION DEL SERVICIO SE RESPETAN LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA
4	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS, RESPONDIENDO LLAMADOS, INTERCOSNULTAS Y REQUERIMIENTOS
5	SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA
6	SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO
7	CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES
8	SEGUIMIENTO A ESTADO DE SALUD DE PACIENTES SALA ERA,
9	SE REALIZA EVOLUCIÓN DE TODO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE PARA SU POSTERIOR REVISIÓN

10	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.
11	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.
12	ADECUADO USO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.
13	EN CASO DE PORTAR EQUIPOS AJENOS A LA INSTITUCIÓN.
14	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA
15	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
16	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DEL ÁREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS
17	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA
18	RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES
19	MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTUIPILADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA
20	DETECTAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD
21	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA
22	APOYAR AL PERSONAL EN DESARROLLO CON LOS DIFERENTES ROLES
23	REALIZAR SOCIALIZACIONES PERTINENTE AL ÁREA
24	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
25	INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER IMPREVISTO QUE SE PRESENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
26	ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA
27	REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO
28	ACTUALIZACION EN LOS APLICATIVOS REQUERIDOS
29	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	8381749917	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	$ 198.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	$ 251.900
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	13/11/2024	$ 38.400
OTRO	CAJA COMPENSACIÓN	13/11/2024	$ 31.500
TOTAL PAGADO			$ 520.600

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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARLENI RODRIGUEZ FONSEA
CC: 51904863
CEL:3204392315

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: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARLENI RODRIGUEZ FONSECA	CC:	51904863
		RUT (NIT):	51904863
CORREO ELECTRÓNICO:	MARLENYRODRIGUEZFONSECA@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3204392315
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87A # 127 59	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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	9070200622

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

N° DEL CONTRATO:	PS 1624 2024	N° CDP:	3752	N°. RP:	45789	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES, DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 52.086.080
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)	$ 3.709.728 TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
C.C 51904863
cel: 3204392315

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	MARLENI RODRIGUEZ FONSECA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.904.863				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1624 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.243.840,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.086.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.709.728		
N° PAGO / N° DE INFORME:	(11)	N° CRP INICIAL:	13770	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	143
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES, DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 8381749917)	OPERADOR	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPEUTICO Y REHBILITACIÓN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 16			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN –				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	6.089.200	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21362	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	24956	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	7.588.080	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28519	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32683	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	12.665.536	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36912	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	468.400	CDP DE LA ADICIÓN:	3601	CRP DE LA ADICIÓN:	44553	TIEMPO PRORROGADO:	NA
VALOR ADICIONADO	7.381.984	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45789	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: ANGELA MARIA MENDOZA MESA CARGO: LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA FUENTE GARZON PERFIL: ENLASE OPERATIVO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
No. Identificación: CC51904863
Dirección: CARRERA 80 D 127 89 INT 2 CASA 49 CALATRAVA
Telefono: 8072345
Correo: mrfrodriguez22@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381749917

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
Tipo y número de identificación	CC51904863
Número de planilla	8381749917
Fecha pago	2024-11-13
Número de autorización pago	81749917
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Número de Administradoras	4
Total Pagado	518600
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	38400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	251900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	31500	1
EPS008	Compensar EPS	196800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51904863
APELLIDOS Y NOMBRES: MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1574000	1574000	1574000	1574000	196800	0	251900	0	38400	31500