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					
MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.001.325.274		
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 1678 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.629	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.364.336		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.297.536	
N° DE INFORME:	ONCE (11)	N° CRP:	13785	N° CDP:	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 2.754.192	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21411	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	25005	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28568	TIEMPO PRORROGADO:	1) MES (10) DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4.046.976	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32731	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.098.704	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36956	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.276.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45883	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	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
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		

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 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	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
7	CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES
8	SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD DE PACIENTES ERA.
9	SE REALIZA EVOLUCION DE TODO PROCEDIMIENTO
10	DOCUMENTO DE HISTORIA CLINICA ENFATIZADO LA CONFIDENCIALIDAD Y ETICA DURANTE E LMANEJO 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 MEDICOS 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 ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA 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 NOTIHCAR 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:	9476790751	OPERADOR:	APORTES EN LIEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	$ 179.900
PENSIÓN:	PROTECCION	13/11/2024	$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.300

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 período correspondiente

Camila Araque

MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
CC:1001325274
CEL:3102958134

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ	**CC:**	1001325274
		RUT (NIT):	1001325274-1
CORREO ELECTRÓNICO:	4MARIACAMILAR@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3102958134
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 69 A No. 99 - 14	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24078562103**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1678 2024**	**Nº CDP:**	**3752**	**Nº. RP:**	**45883**	**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:** $ 39.364.336
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)	$ 3.297.536 **TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE**					

Camila Araque

MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
C.C 1001325274
cel: 3102958134

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			MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.001.325.274		
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 1678 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.364.336,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.297.536	
N° PAGO / N° DE INFORME:	11 DE 11	N° CRP INICIAL:	13785	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:	9476790751		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPEUTICO Y REHBILITACIÓN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				6	6
VALOR ADICIONADO	$ 2.754.192	CDP DE LA ADICIÓN:	936	RP DE LA ADICIÓN:	21411	TIEMPO PRORROGADO:	(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	RP DE LA ADICIÓN:	25005	TIEMPO PRORROGADO:	(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	RP DE LA ADICIÓN:	28568	TIEMPO PRORROGADO:	(1) MES (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.046.976	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	RP DE LA ADICIÓN:	32731	TIEMPO PRORROGADO:	(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.098.704	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	RP DE LA ADICIÓN:	36956	TIEMPO PRORROGADO:	(1) MES
VALOR ADICIONADO	6.276.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	RP DE LA ADICIÓN:	45833	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

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

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:

ANGELA MARIA MENDOZA MESA
LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION

LUISA FERNANDA FUENTES GUZMAN
ENLACE OPERATIVO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001325274		ARAQUE RODRIGUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 14 c 73 d 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1045800672	9476790751	I	2024/11/20	2024/11/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$445,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	# DIAS COTIZADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	AJUSTE INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,300	$0	$0	$230,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$230,300	$0	$0	$230,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,900	$0	$0	$179,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$179,900	$0	$0	$179,900
TOTAL				1	$445,300	$0	$0	$445,300

2024/11/12 07:50 PM