

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTINGENCIA FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y KAREN JINETH LAGUNA APONTE									
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					1.019.127.316				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 1606 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		7.194.624		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DOS (02) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		40.600.912		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.185,120	
Nº DE INFORME:		No. 11		Nº CRP:		13615		Nº CDP: 143	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		11 MESES 10 DIAS							
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDAD 23:				3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				ANGELA MARIA MENDOZA MESA				PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		6		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		6	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.578.576		CDP DE LA ADICIÓN:		936		CRP DE LA ADICIÓN: 21346	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.597.312		CDP DE LA ADICIÓN:		1259		CRP DE LA ADICIÓN: 24940	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.395.968		CDP DE LA ADICIÓN:		1617		CRP DE LA ADICIÓN: 28503	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.597.312		CDP DE LA ADICIÓN:		2191		CRP DE LA ADICIÓN: 32667	
VALOR ADICIONADO		\$ 19.698.256		CDP DE LA ADICIÓN:		2610		CRP DE LA ADICIÓN: 36899	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.538.864		CDP DE LA ADICIÓN:		3752		CRP DE LA ADICIÓN: 45776	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$		CDP DE LA ADICIÓN:		0		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS									
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		121		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:				DD/MM/AAAA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones estrictas del contrato realizadas durante el mes)									
1	SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACIÓN DE TERAPIAS, RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA.								
2	SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARÁ 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 RESPATAN LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA								
4	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS, RESPONDIENDO LLAMADOS, INTERCONSULTAS 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 ÉSTA.								
11	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ÉSTA.								
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 ESTRATÉGICA
15	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
16	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y PARTICIPAR EN AGENCIA A LOS MISMOS
17	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATÉGICA
18	RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES
19	MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA
20	DETECTAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD
21	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERÉS PÚBLICO
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	ACTUALIZACIÓN EN LOS APPLICATIVOS REQUERIDOS
29	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº. DE PLANILLA:	81734936	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	\$ 180.700
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024	\$ 231.300
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	13/11/2024	\$ 35.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 447.300

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

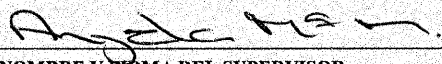
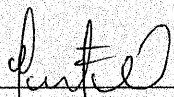
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rui).
3.- Que adjunto evidencia del cargo 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 apoyen las actividades realizadas en el período correspondiente

Karen Laguna A.
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN JINETH LAGUNA APONTE
CC: 1.019.127.316
CEL: 3046023086

		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:	KAREN JINERH LAGUNA APONTE		CC:	1019127316	
CORREO ELECTRÓNICO:	KRENLAGUNA@GMAIL.COM		RUT (NIT):	1019127316-9	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 69 #12B -21		TELÉFONO:	3046023886	
			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 ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 0391302874
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1606 2024	N° CDP:	3752	N°. RP:	45776
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 40.600.912
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		\$ 3.185.120			
VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTE PESOS					
<div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA KAREN JINERH LAGUNA APONTE C.C 1019127316 cel: 3043023886 </div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				KAREN JINETH LAGUNA APONTE			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.019.127.316			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 1606 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 7.194.624,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 40.600.912,00			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.185.120,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		No. 11		Nº CRP INICIAL:		13615	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 143
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		11 MESES 10 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			81734926		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.578.576	CDP DE LA ADICIÓN:	936	RP DE LA ADICIÓN:	21346	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	RP DE LA ADICIÓN:	24940	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	\$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	RP DE LA ADICIÓN:	28503	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES 10 DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	RP DE LA ADICIÓN:	32667	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	\$ 10.698.256	CDP DE LA ADICIÓN:	2612	RP DE LA ADICIÓN:	36899	TIEMPO PRORROGADO:	(3 MESES)
VALOR ADICIONADO	\$ 6.538.864	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45776	TIEMPO PRORROGADO:	(2 MESES)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	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	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	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:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: ANGELA MARIA MENDOZA MESA CARGO: LIDER DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION		
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA FUENTES GARZON PERFIL: ENLACE OPERATIVO		

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	UNIC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81734926	\$441,300

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Parenti	90022480-8	230.300	0	0	0	0	6	1.000	0	231.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor		Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor							Favor				
14-11	ARL SUBA	880900379-5	35,100				35,100	6	200	35,300				351	35,300	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						No Afiliados

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019127316	KAREN JINETH LAGUNA APONTE	CARRERA 69 #78-21	3046023886	krenlaguna@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$447.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN										SALUD										RIESGOS LABORALES										CCF										PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
		No. de Identificación		Apellidos y Nombres		Colicrante		Subtipo		Estranjero		Colom. exterior		Exonerado		ING		RET		TDE		TAE		TDP		VAL		VSP		VST		SLM		LOE		LMA		VAC		AVP		VCT		IRL		CORRECCIÓN		Cód. AFP		IBC AFP		Colización o Afiliado		Voluntario Aportante		Fondo pensional de solidaridad		Fondo de subsistencia		Cód. EPS		IBC EPS		Colización/ Valor UPC		Cód. ARL		IBC ARL		Clase de Riesgo		Colización CCF		IBC CCF		Aporte CCF		IBC otros parafiscales		Aporte SENA		Aporte ICBF		Aporte ESAP		Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	CC	1019127316		LAGUNA APONTE KAREN JINETH		59	0	N					X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												</

PAGADA