Secretaría de Salud Departamental Norte de Santander 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					
ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.470.216				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CEDNTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1470 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**15/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.871.360**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20-03-2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$23.603.029**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1,779,920**
Nº DE INFORME:	**11**	**Nº CRP:**	**13717**	**Nº CDP:**	**140**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 meses y 16 dias**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SOL CENTRO DE SALUD OLAYA				
GUILLERMO RUBI GUIZA	GUILLERMO RUBIO GUIZA, DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 2.060.960	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20928	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.779.920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23813	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.623.040	**CDP DE LA**	1618	**CRP DE LA**	29096	**TIEMPO**	1 mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.105.424	**CDP DE LA**	2199	**CRP DE LA**	32942	**TIEMPO**	1mese
VALOR ADICIONADO	$ 6.182.880	**CDP DE LA**	2606	**CRP DE LA**	36473	**TIEMPO**	3meses
VALOR ADICIONADO	$ 2.960.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46827	**TIEMPO PRORROG**	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**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
Nº 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	Realizo (4) actividades por hora o 3 sesiones por hora enmarcadas dentro de los parametros de calidad definidos en la normatividad vigente , acogiendome a los protocolos , guias, y demas lineamientos establecidos para el ejercicio de mi profesion.
2	Realizo el diligenciamiento de la historia clinica , consentimiento informado, , RIPS, y demas registro conforme a la normatividad vigente .
3	Apoyo en el momento en que se presenten las auditorias internas y externas presentando la informacion y /o soportes que soliciten y correspondan al objeto y/o actividades contractuales .
4	Reporto en el momento que se presenten los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida por la normatividad vigente
5	Notifico en el momento que se presenten los sucesos de calidad que se presenten en el servicio , participo en los analisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio
6	Apoyo a actividades relacionadas con el proceso de acreditacion de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E ,contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
7	Ejecuto el cumplimiento al contrato de acorde con dispuesto por el supervisor contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
8	**HORAS A CERTIFICAR : 95 HORAS correspondientes al mes de noviembre**
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1066423084	**OPERADOR:**	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	EPS SURA	8/10/2024	$162.500	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	8/10/2024	$268.000	
RIESGOS LABORALES:	ARL BOLIVAR	8/10/2024	$ 31.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			$ 462.200	

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:
CC:52.470.216
CEL:3008949672

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:	ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS	**CC:**	**52.470.216**
		RUT (NIT):	52.470.216
CORREO ELECTRÓNICO:	nanamora77@yahoo.es	**TELÉFONO:**	3008949672
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Kra 78f 44a-04 sur	**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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**007590301078**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1470**	**Nº CDP:**	**3754**	**Nº. RP:**	**46827**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 16 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**15/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 23.603.029**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 1.779.920**					
	UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 52.470.216
cel: 3008949672

Elizbeth Coy

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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.470.216				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S. E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**(PS 1470 2024)**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**15/1/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.871.360				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.603.029		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.779.920,00**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:** 13717	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 16 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1066423084**		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5OL OLAYA				
GUILLERMO RUBIO GUIZA	GUILLERMO RUBIO GUIZA DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 2.060.920	**CDP DE LA**	934	**RP DE LA**	20928	**TIEMPO**	1 mes
VALOR ADICIONADO	$1.779.920	**CDP DE LA**	1261	**RP DE LA**	23813	**TIEMPO**	1 mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.623.040	**CDP DE LA**	1618	**RP DE LA**	29096	**TIEMPO**	1mes
VALOR ADICIONADO	$1.105.424	**CDP DE LA**	2199	**RP DE LA**	32942	**TIEMPO**	1 mes
VALOR ADICIONADO	$6.182.880	**CDP DE LA**	2606	**RP DE LA**	36473	**TIEMPO**	3 meses
VALOR ADICIONADO	$2.960.288	**CDP DE LA**	3754	**RP DE LA**	46827	**TIEMPO**	2 meses
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

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		

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:

Dr. Guillermo Rubio Güiza
Médico Cirujano General
RM 14244000

GUILLERMO RUBIO GUIZA (E)
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
CARGO: DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS AMBULATORIOS.(E)

EDISON SANCHEZ QUINTERO
NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-13, 05:01:50 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1066423084

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024 Referencia pago 8871316360

PAGADA 08/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

azón Social	ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS		
ocumento	CC52470216	Dirección	CR78 F 44 A 04 SUR
ipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3008949672
ipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
iudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
epresentante Legal		Identificación	
otal Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
dentificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministeri
52470216	ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS	59	0																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS010) EPS SURA	$1.300.000	$162.500	2.436	$1.300.000	$31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,licencias,saldos a Favor	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$0	$208.000	$162.500	$31.700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200	$0	$402.200

IBC Correcto: Edison Sandy

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.