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

CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**53,011,223**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1551 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7,194,624**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20/03/2024 VEINTE DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 40,769,536**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3,934,560**
N° DE INFORME:	11	**N° CRP:**	13759	**N° CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y ONCE (11) DÍAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20993	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23877	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,796,416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29157	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (11) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,616,048	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33003	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,791,936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36534	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7,175,888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3755	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46882	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES

III. POLIZAS

¿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		**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 un seguimiento por base de datos con los pacientes y registro de asistencia a consultas, asi como registro generado por RIPS, asi como lleva un registro manual y digital de los pacientes vistos y atendidos a diario.
2	Se lleva un registro por acta en cada actividad desarrollada de forma mensual, asi como lleva el registro por medio de los correos en los que se reportan los casos.
3	Se lleva registro y control por el sistema Dianamica y en los RIPS completamiente diligenciados
4	Se hace el debido seguimiento diario al ingreso y salida del cumplimiento de dicha obligacion.
5	Se lleva el registro de atencion de pacientes tanto manual como digital en el que consta las atenciones y el numero de pacientes diario.
6	Se hace el seguimiento periodico del uso de los EPP y del lavado de manos y realiza un seguimiento periodico de la satisfaccion de la atencion por parte de los pacientes
7	Se realiza seguimiento mensual y periodico de los aportes como consta en las planillas.
8	POR CONCEPTO de 210 horas realizadas por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1551 2024.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7945350118**	**OPERADOR:**	**PLANILLA SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**14/11/2024**	**$ 180,800**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**14/11/2024**	**$ 231,400**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**RIESGO V**	**$ -**
OTRO	**CCF - COMPENSAR**	**14/11/2024**	**$ 29,000**
	TOTAL PAGADO		**$ 441,200**

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

Leidy Carreño

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:	**CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA**	**CC:**	**53011223**
		RUT (NIT):	53011223-6
CORREO ELECTRÓNICO:	psico.leidyco@gmail.com	**TELÉFONO:**	3046246837
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 10 # 148 - 23	**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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**04551673028**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1551 2024**	**Nº CDP:**	**3755**	**Nº. RP:**	**46882**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (11) ONCE MESES Y (11) ONCE DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 40.769.536**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3,934,560**
	TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.					

Leidy Carreño

CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA
C.C 53011223
cel: 3046246837

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	**CARREÑO OVIEDO LEIDY GISELA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**53,011,223**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1551 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	7,194,624			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	40,769,536	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	3,934,560
N° PAGO / N° DE INFORME:	(11)	**N° CRP INICIAL:**	13759	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y ONCE (11) DÍAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7945350118	**OPERADOR:**	PLANILLA SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (6)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (6)**	**PRORROGA (6)**
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**RP DE LA ADICIÓN:**	20993	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**RP DE LA ADICIÓN:**	23877	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,796,416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29157	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y ONCE (11) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,616,048	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**RP DE LA ADICIÓN:**	33003	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,791,936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**RP DE LA ADICIÓN:**	36534	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7,175,888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3755	**RP DE LA ADICIÓN:**	46882	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES

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 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 (1/11/2024) 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 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **CARGO:** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E).**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **DANIEL FELIPE URREGO GARCIA** **PERFIL:**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53011223
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY GISELA CARRENO OVIEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 72 SUR N 88 M 11	TELÉFONO:	7653793
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945350118**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1048231580

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 231.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 231.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 180.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 180.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 29.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 29.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 439.200**
VALOR MORA:	**$ 2.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 441.200**

IBC correcto: Edison Salazar