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						
JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.033.715.921			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 1564 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**			22/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.764.176		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$	3.373.488
N° DE INFORME:	N°11	**N° CRP:**	14192	**N° CDP:**		140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y NUEVE (9) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GULLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3.672.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21005	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.672.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23889	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29169	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.803.408	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33015	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 10.791.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36546	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 571.392	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39914	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	7.261.888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46815	**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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Se garantizo la realizacion de los cuidados a 100% de los pacientes que por su estado critico asi lo requirieron en el mes de NOVIEMBRE del 2024
2	Se realizo el plan de cuidado de enfermeria al 100% de los pacientes teniendo en cuenta las necesiades del paciente, los riesgos clinicos, de seguridad y de salud mental en el
3	Se realizo la identificacion de los riesgos al 100% de los pacientes atendidos y se implementaron las acciones preventivas para disminuir el riesgo de la presencia de sucesos de
4	Se realizo la notificacion de eventos de los pacientes asignados en el mes de NOVIEMBRE del 2024 en caso de ser requerido
5	Se realizo la limpieza y desinfeccion de consultorio, asi como lavdos de manos según manual de bioseguridad de la Subred Centro Oriente en el mes de NOVIEMBRE del 2024
6	Se realizo segumiento a usuarios según evento en el mes de NOVIEMBRE 2024
7	Se garantizo el seguimiento adecuado de los seguimientos requeridos en el servicio para el mes de NOVIEMBRE del 2024
8	Se realizan 171 horas en el mes de Noviembre 2024

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81762592	**OPERADOR:**	Mi Planilla Compensar	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	Compensar EPS	14/11/2024	$	189.500
PENSIÓN:	Colfondos	14/11/2024	$	242.400
RIESGOS LABORALES:	Seguros Bolivar S.A.	14/11/2024	$	37.000
OTRO	COMPENSAR CCF	14/11/2024	$	30.400
TOTAL PAGADO			**$ 499.300**	

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle 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 seccp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro

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

Jennifer Muñoz S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1033715921
CEL.: 3213789355

Daniela Cortés
Tina Marcela Rojas

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:	JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ	**CC:**	1033715921
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	jennimusa111@gmail.com	**TELÉFONO:**	3213789355
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 10c #30D 11 sur	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000570100107**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1564 2024**	**N° CDP:**	**3754**	**N°. RP:**	**46891**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y NUEVE (9) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**22/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $41,764,176**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.373.488**
	TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MCTE					

Jennifer Muñoz S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1033715921
cel: 3213789355

Daniela Cortés
Lina Marcela Rojas

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	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			**JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.033.715.921**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 1564 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**22/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.502.288		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.373.488
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(11 de 11)	**Nº CRP INICIAL:**	14192	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y NUEVE (9) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81762592	**OPERADOR:**	Mi Planilla Compensar		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GULLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº (7)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (7)**	**PRORROGA (6)**
VALOR ADICIONADO	$ 3.672.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**RP DE LA ADICIÓN:**	21005	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.672.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**RP DE LA ADICIÓN:**	23889	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29169	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.803.408	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**RP DE LA ADICIÓN:**	33015	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 10.791.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**RP DE LA ADICIÓN:**	36546	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 571.392	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**RP DE LA ADICIÓN:**	39914	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ 7.261.888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**RP DE LA ADICIÓN:**	46891	**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	
Nº 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:	Dr. Guillermo Rubio Güizo Médico Cirujano General RM 14244000 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **GULLERMO RUBIO GUIZA** **CARGO:** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)**
	 **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **EDISON SANCHEZ QUINTERO** **PERFIL:** **ENLACE - DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

Daniela Cortés
Lina Marcela Rojas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033715921	JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ	Carrera 10 C no 30 D 11 sur	3213789355	jennimusa111@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81762592	$499.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	188.500	0		0		0	7	1.000	0	189.500	1

TOTALES PENSIÓN

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
231001	Colfondos	800227940-6	241.200	0	0	0	0	7	1.200	0	242.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	36.800				36.800	7	200	37.000			368	37.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.200	7	200	30.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	188.500	189.500
Pensión	1	241.200	242.400
Riesgos Laborales	1	36.800	37.000
CCF	1	30.200	30.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	496.700	499.300

Daniela Cortés
Lina Maria Rojas

IBC Correcto: Edison Sánchez.

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033715921	JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ		Carrera 10 C no 30 D 11 sur	3213789355	jennimusa111@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81762592	$499.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Salidas	Extranjero	Cotiz. solidar	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033715921	MUÑOZ SAENZ JENNIFFER ANDREA	59	0			N																	231001	1.507.219	241.200	0	0	0	0	EPS008	1.507.219	188.500	14-7	1.507.219	3	36.800	CCF24	1.507.219	30.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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