OK

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-

JOHANNA MIRELLA CHACÒN GIL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**52.450.433**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1567 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	**22/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	11 MESES Y 9 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 43.000.976		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.945.600	
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	14194	**Nº CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y NUEVE (9) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3.934.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21008	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.840.880	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23892	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.495.893	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29172	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1) Y DIEZ DIAS (10)
VALOR ADICIONADO	$ 4.121.920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33018	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1) Y UN DIA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 11.241.600	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36549	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 595.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39917	**TIEMPO PRORROGADO:**	N.A
VALOR ADICIONADO	$ 6.576.299	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46894	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
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 ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**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
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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)

ITEM	
1	Se realizaron las diferentes actividades como consultas, seguimientos de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en el mes de NOVIEMBRE del 2024..
2	Se realizo procedimientos de acuerdo a la competencia de enfermería tales como inserción de implantes subdermicos, DIU, toma de pruebas rápidas, en el mes de NOVIEMBRE del 2024..
3	Se realizo los correspondientes notificaciones, seguimientos a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública del mes de NOVIEMBRE del 2024..
4	Se realizo el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente del mes de NOVIEMBRE del 2024..
5	Se realizaron las diferentes actividades y procedimientos de enfermería cumpliendo con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad en el mes de NOVIEMBRE del 2024..
6	Se realizó el apoyo en el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MIAS correspondientes al mes de NOVIEMBRE del 2024.. de acuerdo a los parametros establecidos.
7	Se garantizo el apoyo en el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento con uso adecuado de los insumos y medicamentos requeridos en el servicio para el mes de NOVIEMBRE del 2024..
8	CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS EN EL PERIODO: 200 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067916388	**OPERADOR:**	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	7/11/2024	$ 197.400
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	7/11/2024	$ 252.600
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR S.A.**	7/11/2024	$ 38.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 488.500

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

Johanna. Chacón G.I

JOHANNA MIRELLA CHACÒN GIL
CC: 52´450.433
CEL: 3134028724

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:	**JOHANNA MIRELLA CHACÒN GIL**	**CC:**	**52450433**
		RUT (NIT):	52450433
CORREO ELECTRÓNICO:	johas2510@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134028724
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 12 F # 30 - 61 SUR INTERIOR 3 APARTAMENTO 103	**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 título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCION 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( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**20455815379**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS1567/2024**	**Nº CDP:**	3754	**Nº. RP:**	46894	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 9 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**24/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 36'424.677**
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)	$					3.945.600
	TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE					

Johanna Mirella Chacón Gil

JOHANNA MIRELLA CHACÒN GIL
C.C 52'450.433
tel: 3134028724

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	JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.450.433

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1567/2024		FECHA INICIO CONTRATO		22/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7.194.624,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 43.000.976,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.945.600,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(11 de 11)	Nº CRP INICIAL:	14194	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:	1067916388	OPERADOR:	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DR.GUILLERMO 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	$ 3.934.560	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	21008	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.840.880	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23892	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.495.893	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29172	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1) Y DIEZ DIAS (10)
VALOR ADICIONADO	$ 4.121.920	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	33018	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y UN DIA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 11.241.600	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36549	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 595.200	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	RP DE LA ADICIÓN:	39917	TIEMPO PRORROGADO:	N.A.
VALOR ADICIONADO	$ 6.576.299	CDP DE LA ADICIÓN:	3754	RP DE LA ADICIÓN:	46894	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		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	
Nº 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:	Dr. Guillermo Rubio Güizo Médico Cirujano General RM 14244000 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GULLERMO RUBIO GUIZA CARGO: DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)
V.o.B.o Luz Stella Muñoz	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SÁNCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-07, 08:33:24 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	JOHANNA MIRELLA CHACON GIL
CEDULA CIUDADANIA	CC 52450433
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067916388
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1036558724
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 488.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 252.600	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 197.400	$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	$ 38.500	$ 0
			SubTotales:	$ 488.500	$ 0
			Total a Pagar:		$ 488.500

IBC corrected: Bolivar Salud

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!