| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**JEIMY NATALY ROMERO RAMIRREZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **1.013.619.290** | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4942 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **04/09/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 3.715.028 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN MES (1) y 27 DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 7.551.961 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** 1.921.566 | |
| **N° DE INFORME:** | No 3 | **N° CRP:** | 41393 | **N° CDP:** | 3152 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **TRES MESES (3) Y 27 DIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | GUILLERMO RUBIO GUIZA (DIRECTOR AMBULATORIOS ( E )) | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | 7.551.961 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3754 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 47205 | **TIEMPO PRORROGADO** | DOS MESES |
| **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:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | N/A | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA | |

| ITEM | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden deEnfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digita |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad |
| 10 | HORAS LABORADAS 186 HORAS |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1092481846 | **OPERADOR:** | PLANILLA SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | 14/11/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | 14/11/2024 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | 14/11/2024 | $ 31.700 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 402.200 |

**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 período correspondiente

JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ
**CC: 1013619290**
**CEL: 3138827634**

| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ** | **CC:** | 1013619290 |
| | | **RUT (NIT):** | 1013619290-6 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | jeimylaura164@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3138827634 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | calle 68 f bis # 49 d- 22 sur | **CIUDAD:** | Bogotá 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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **BANCO DAVIVIENDA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **004870441765** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4942 2024** | **N° CDP:** | **3754** | **N°. RP:** | **47205** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES MESES (3) Y 27 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **04/09/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 7551961** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **01/11/2024 AL 30/11/2024** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$** | | | | | **1.921.566** |
| | **UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS M/CTE** | | | | | |

**JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ**
**CC 1013619290**
**Cel: 3138827634**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | JEIMY NATALY ROMERO RAMIRREZ |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.013.619.290 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4942 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 04/09/2024 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.715.028 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 7.551.961 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 1.921.566 | |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | No 3 | N° CRP INICIAL: | 41393 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3152 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRES MESES (3) Y 27 DIAS | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 10924881846 | | OPERADOR: | PLANILLA SIMPLE | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | GUILLERMO RUBIO GUIZA (DIRECTOR AMBULATORIOS ( E )) | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | N° ( 1 ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 1 ) |
| VALOR ADICIONADO | 3.836.933 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3754 | RP DE LA ADICIÓN: | 47205 | TIEMPO PRORROGADO: | DOS MESES |
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | N/A | NO | XX |
| N° DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | | 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 (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<br>Médico Cirujano General<br>RM 14244000<br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>GUILLERMO RUBIO GUIZA<br>CARGO:<br>DIRECTOR DE AMBULATORIOS ( E ) |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>EDISON SANCHEZ QUINTERO<br>PERFIL:<br>ENLACE DIRECCION DE AMBULATORIOS |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 13:09:21 PM  Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  Número Planilla: 1092481846

Periodo Cotización: octubre de 2024  Periodo Servicio: octubre de 2024  Referencia pago (PIN): 8810633772

**PAGADO 14/11/2024**

## DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ | | |
| Documento | CC1013619290 | Dirección | CL 68F BIS #49 D 22 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3138827634 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

## DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | To |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | 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 Ministerio | To |
| 1013619290 | JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS002) SALUD TOTAL | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 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) EPS | 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 con ajuste Edison Sierra



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL

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