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							
LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**1.018.480.552**			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2798 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$ 15.711.408**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN MES (1) Y VEINTICIHO DIAS (28)**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		**$ 41.897.088**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 3.054.996**	
Nº DE INFORME:	**11**		**Nº CRP:**	**14037**		**Nº CDP:**	**317**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**4**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.819.630**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22267**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.419.276**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25206**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.963.926**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36614**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.982.848**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46918**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**
VALOR ADICIONADO	**$ 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**0**
VALOR ADICIONADO	**$ 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**0**

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	**62-03-101068656**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**SEGUROS DEL ESTADO**
FECHA DE LA PÓLIZA	**30/04/2024**	**FECHA DE APROBACIÓN:**	**01/05/2024**

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)**
1	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificacion de actividades contractuales de la supervision
2	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	**Realice mis actividades contractuales, en el HOSPITAL SANTA CLARA 84 HORAS**
4	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.
6	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	Emiti conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clinica, epicrisis en dinamica gerencial
10	Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.

12	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
14	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
15	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
16	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
18	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
28	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
32	Asisti a capacitaciones y reuniones semanales
33	Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81407018	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	01/11/2024	$ 174.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	01/11/2024	$ 223.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	01/11/2024	$ 34.100
OTRO	N/A		$ 0
	TOTAL PAGADO		$ 432.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA
C.C. 1.018.460.552
CEL: 3102000370

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			**LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.018.480.552**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2798 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**S 15.711.408**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**S 41.897.088**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**S 3.054.996**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**11**	**N° CRP INICIAL:**	**14037**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**81407018**	**OPERADOR:**		**MI PLANILLA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		**DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS**			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**			

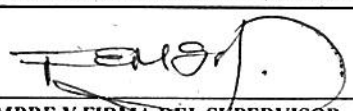
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION 4**	**PRORROGA 6**
VALOR ADICIONADO	**S 9.819.630**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**22267**	**TIEMPO PRORROGADQ:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**S 7.419.276**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**25206**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**S 1.963.926**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36614**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**S 6.982.848**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**46918**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**
VALOR ADICIONADO	**S 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**0**
VALOR ADICIONADO	**S 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**0**

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	**62-03-101068656**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**SEGUROS DEL ESTADO**
FECHA DE LA PÓLIZA	**30/04/2024**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	**01/05/2024**
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			

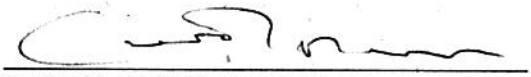
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de 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:



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO:
DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
CARLOS ALBERTO MARIN
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO

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:	**LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA**	**C.C.**	**1.018.480.552**
		RUT(NIT):	**141133677305**
CORREO ELECTRÓNICO:	jwilches72@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3102000370**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 25B # 32A - 48**	**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	**0**

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.

Régimen 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 0**	**NO X**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488445039719**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 2798 2024**	**N° CDP:**	**3753**	**N°. RP:**	**46918**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **11 MESES;10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 41.897.088**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**TRES MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS**					
	$ 3.054.996					

LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA
C.C. 1.018.480.552
CEL: 3102000370

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018480552	LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA		Calle 25B # 32A - 48 apto 212	0000000	jwilches72@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	01/11/2024	81407018	$432.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Estudiante	IRO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1018480552	WILCHES SALAMANCA LAURA JULIANA	59	0			N								X								25-14	1.396.570	223.500	0	0	0	0	EPS001	1.396.570	174.600	14-11	1.396.570	3	34.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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