Secretaría Distrital 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							
JENNIFER PARRA ALBARRACIN							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**52.958.181**			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 3676 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/02/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$ 6.996.973**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**VEINTICHO DIAS (28)**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		**$ 66.866.232**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.348.060**		
N° DE INFORME:	**10**		**N° CRP:**	**18917**	**N° CDP:**	**429**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**10 MESES;10 DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**5OL CENTRO DE SALUD OLAYA**					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**5**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22355**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 8.464.080**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25293**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 19.876.481**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29300**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)**
VALOR ADICIONADO	**$ 10.580.100**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36697**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 11.426.508**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46977**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	**21-03-101011873**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**SEGUROS DEL ESTADO**
FECHA DE LA PÓLIZA	**19/01/2024**	**FECHA DE APROBACIÓN:**	**19/02/2024**

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 CENTRO DE SALUD OLAYA 180 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 clínica, 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:	9476889723	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	$ 323.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	$ 413.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	$ 63.000
OTRO	COMPENSAR	13/11/2024	$ 51.700
TOTAL PAGADO			$ 851.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realice 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 periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

JENNIFER PARRA A

JENNIFER PARRA ALBARRACIN

C.C. 52.958.181

CEL: 3003471276

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: 7 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	JENNIFER PARRA ALBARRACIN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.958.181

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3676 2024			FECHA INICIO CONTRATO	21/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 6.996.973				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 66.866.232			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 6.348.060
N° PAGO / N° DE INFORME:	10	N° CRP INICIAL:	18917	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	429
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	10 MESES;10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9476889723		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5OL CENTRO DE SALUD OLAYA				
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 5	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	S 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22355	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 8.464.080	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25293	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 19.876.481	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29300	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	S 10.580.100	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36697	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 11.426.508	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46977	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	S 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	21-03-101011873	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO
FECHA DE LA PÓLIZA	19/01/2024	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	19/02/2024

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**

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:	**JENNIFER PARRA ALBARRACIN**	**C.C.**	**52.958.181**
		RUT(NIT):	**14982354208**
CORREO ELECTRÓNICO:	jenniferparra0317@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3003471276**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 7 SUR # 10A - 42 APT 201**	**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:**	057000 4870373810

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 3676 2024**	**N° CDP:**	**3753**	**N°. RP:**	**46977**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **10 MESES;10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 66.866.232
. PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS**					
	$ 6.348.060					

JENNIFER PARRA A.

JENNIFER PARRA ALBARRACIN
C.C. 52.958.181
CEL: 3003471276

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52958181		PARRA ALBARRACIN JENNIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 7 SUR #10 A 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3003471276	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047537381	9476889723	I	2024/11/21	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$851,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$413,600	$0	$0	$413,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$413,600	$0	$0	$413,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$63,000	$0	$0	$63,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$63,000	$0	$0	$63,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,700	$0	$0	$51,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$51,700	$0	$0	$51,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$323,200	$0	$0	$323,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$323,200	$0	$0	$323,200
TOTAL				1	$851,500	$0	$0	$851,500

2024/11/13 03:59 PM