207

| | | |
|---|---|---|
| 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**

**LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | **1.023.977.314** | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 3720 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **26/02/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 6.122.351** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **VEINTITRES DIAS (23)** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 77.869.606** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 7.194.468** | |
| **N° DE INFORME:** | **10** | **N° CRP:** | **18976** | **N° CDP:** | **427** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **10 MESES;5 DIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **1SC HOSPITAL SANTA CLARA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | **0** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **6** | **PRORROGAS** | **6** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.522.090** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1030** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **22363** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.522.090** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1270** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **25299** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 20.210.245** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1619** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **29305** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.310.488** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2200** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **32576** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.639.814** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2598** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **36702** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **TRES MESES (3)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 13.542.528** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **3753** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **46981** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **DOS MESES (2)** |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | **N/A** |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **FECHA DE APROBACIÓN:** | **N/A** |

| **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 actividades específicas 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 204 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 | Emití 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: | 31577568 | OPERADOR: | ASOPAGOS |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| SALUD: | SURA | 13/11/2024 | $ 329.700 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 13/11/2024 | $ 422.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 13/11/2024 | $ 64.400 |
| OTRO | N/A | | $ 0 |
| | TOTAL PAGADO | | $ 816.100 |

## 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 Valentina Alarcon

**LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ**

**C.C. 1.023.977.314**

**CEL: 3155967141**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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** | **LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **1.023.977.314** |

**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 SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3720 2024** | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **26/02/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 6.122.351** | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 77.869.606** | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 7.194.468** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **10** | **N° CRP INICIAL:** | **18976** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **427** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **10 MESES;5 DIAS** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **31577568** | | **OPERADOR:** | **ASOPAGOS** | |
| **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**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | **0** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | **ADICION 6** | **PRORROGA 6** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.522.090** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1030** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **22363** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.522.090** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1270** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **25299** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 20.210.245** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1619** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **29305** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.310.488** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2200** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **32576** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.639.814** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2598** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **36702** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **TRES MESES (3)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 13.542.528** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **3753** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **46981** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **DOS MESES (2)** |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | **N/A** |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | **N/A** |

**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:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO:**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**CARLOS ALBERTO MARIN**<br>**PERFIL:**<br>**PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO** |

| | | |
|---|---|---|
| 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 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:** | **LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ** | **C.C.** | **1.023.977.314** |
| | | **RUT(NIT):** | **1498307635-4** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **lauraalarcon07@hotmail.com** | **TELÉFONO:** | **3155967141** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CARRERA 8B # 35 17 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 | **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** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **20700001100** |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **BANCOLOMBIA** | | | | |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 3720 2024** | **N° CDP:** | **3753** | **N°. RP:** | **46981** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**10 MESES;5 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **26/02/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**<br>**$ 77.869.606** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS**<br>**$ 7.194.468** | | | | | |

Laura Valentina Alarcon

**LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ**
**C.C. 1.023.977.314**
**CEL: 3155967141**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1023977314 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-11-13 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-11-13 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-11-13 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-10 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-10 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31577568 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31577568 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 1 | $ 2.623.865 | $ 0 | $ 0 | $ 1.700 | $ 328.000 | $ 329.700 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 2.623.865 | $ 0 | $ 0 | $ 2.100 | $ 419.900 | $ 422.000 |
| 14-11 | 830903790 | ARL SURA | 1 | $ 2.623.865 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 64.000 | $ 64.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 4.200 | $ 811.900 | $ 816.100 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/12/2024 |