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			LYDA INES ARDILA VELASQUEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.173.444				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) 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 2785 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			S 4.204.848				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 22.364.424				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		S 2.003.400
N° PAGO / N° DE INFORME:	11		N° CRP INICIAL:		14026	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			1068013876		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS				
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 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	S 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22256	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 2.102.424	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25195	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29215	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	S 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32483	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 5.688.912	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36603	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	S 504.288	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39857	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	S 2.938.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3853	RP DE LA ADICIÓN:	46907	TIEMPO PRORROGADO:	0

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:
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO:
DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

Johon Jairo Rodriguez A
C.C 3.087.070
Enfermero Epidemiólogo
Especialización G.I.S

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PERFIL:
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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:	**LYDA INES ARDILA VELASQUEZ**	**C.C.**	**52.173.444**
		RUT(NIT):	**141113770969**
CORREO ELECTRÓNICO:	lidardila07@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3152976463**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 2A Nº 11 -05**	**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**	**Nº CUENTA:**	**0570007380676812**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2785 2024**	**Nº CDP:**	**3853**	**Nº. RP:**	**46907**	**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:** **$ 22.364.424**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS**					
	$ 2.003.400					

Lyda Ardila

LYDA INES ARDILA VELASQUEZ
C.C. 52.173.444
CEL: 3152976463

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							
LYDA INES ARDILA VELASQUEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				***52.173.444***			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) 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 2785 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**S 4.204.848**		**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**S 22.364.424**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**S 2.003.400**			
N° DE INFORME:	**11**		**N° CRP:**	**14026**	**N° CDP:**	**317**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**3BL HOSPITAL SAN BLAS**					
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**	**7**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**S 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22256**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**S 2.102.424**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25195**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**S 2.164.260**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29215**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)**
VALOR ADICIONADO	**S 1.978.752**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32483**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**S 5.688.912**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36603**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**S 504.288**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2783**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**39857**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**
VALOR ADICIONADO	**S 2.938.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3853**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46907**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**0**

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 *(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)*
1	Recibi turno al compñaero en la hora indicada con las novedades presentadas en el turno
2	verifique el funcionamiento adecuedo de los equipos. Monitor succionador, equipos biomedicos
3	Realice mis actividades contractuales, en **TRASLADOS SECUNDARIOS CON 180 HORAS**
4	controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades y registro de historia clinica
5	oriente a los familiares de los pacientes para los examene, diagnosticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia según normas esyablecidas por cada procedimiento
6	Realice actividades propias del cuidado de enfermeria previando acciones inseguras en la prestacion del servicio de salud
7	notifique inmediatamente las acciones inseguras ocurridas al medico de turno y jefe inmediato
8	informe al servicio sobre los cambios del estado clinico de los paciemtes durante el traslado
9	realice la lista de chequeo instaurada en la subre, verifiando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van hacer trasladados
10	mantuve limpia y organizada la ambulancia

11	realice el registro clinico en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1998/1999, ebtregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente
12	Cumpli con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental y salud ocupacional
13	Realice la gestion adminictrativa como cambio de unidad de los pacientes trasladados a diferentes unidades de la subred
14	diligencie la historia clinica y registro del libro de la movil asignada
15	Bitacora de traslados de la movil asignada
16	Bitacora de traslados de la movil asignada
17	Bitacora de entregas la movil asignada
18	*Ningun llamado de atencion por presentacion personal*
19	Bitacora de traslados de la movil asignada
20	Bitacora de traslados de la movil asignada
21	Reporte la disponibilidad a radio para los despachos corespondierntes
22	Bitacora de traslados de la movil asignada
23	Bitacora de entregas la movil asignada
24	Bitacora de traslados de la movil asignada
25	Entregue oportunamemnte las historias clinicas
26	realice el pago de mis aportes como eps y fondo de pension
27	Entregue turno al compañero con la movil limpia y ordenada y las novedades presentadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1068013876**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**12/11/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**12/11/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**N/A**		**$ 0**
OTRO	**N/A**		**$ 0**
	TOTAL PAGADO		**$ 370.500**

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

Lyda Ardila

LYDA INES ARDILA VELASQUEZ

C.C. 52.173.444

CEL: 3152976463

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-13, 07:39:20 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1068013876

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024

PAGADO 12/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LYDA INES ARDILA VELASQUEZ		
Documento	CC52173444	**Dirección**	CL 2A #11 - 05
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3152976463
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ing	Ret	Ret F	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cde	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irp	Días AFP	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	Total
CC 52173444	LYDA INES ARDILA VELASQUEZ	03	00																0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

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	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500	$ 0	$ 370.500

Lineas 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 SIMPLE!

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