



Gobierno de Ecuador
 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

CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER 2
FECHA: 2024-09-16

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

CAROLINA LEON MENDOZA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.023.908.816

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 2788 2024

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO 21/01/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.452.192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 25.033.188

Nº DE INFORME: 11

Nº CRP: 14029

Nº 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 TECNICO COD 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	7
VALOR ADICIONADO	\$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22259	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.102.424	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25198	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.277.308	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29218	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES(1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.226.096	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32486	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 6.059.928	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36606	TIEMPO PRORROGA DO: TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39860	TIEMPO PRORROGA DO: DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.539.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46910	TIEMPO PRORROGA DO: DOS MESES (2)

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

Nº DE PÓLIZA: 123

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: ABC

FECHA DE LA PÓLIZA DD/MM/AAAA

FECHA DE APROBACIÓN: DD/MM/AAAA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1	Cumplir y hacer cumplir las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (SISSCO) E.S.E
2	Recibir en la plataforma del software SIRC las solicitudes de, las diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	Entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC y/o plataforma excel
4	Facilitar el traslado de pacientes urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud
5	Articular LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, traslados, referencias e interconsultas o poyo diagnostico
6	Solicitar los documentos necesarios para los traslado
7	Facilitar de acuerdo a las listas de chequeo establecidas la articulación con los diferentes actores de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer más eficientes los servicios.
8	Direccionar la ambulancia con la tipología requerida (TAB-TAM) por via telefonica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar telefono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita.
9	Priorizar los despachos de urgencias vitales, pacientes neurológicos, maternas a las unidades de alta complejidad. Como criterio especial de traslado no requiere aceptación en la unidad destino.
10	Conocer el portafolio de servicios y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
11	Conocer el portafolio de servicios y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
12	Informar disponibilidad de ambulancias en el aplicativo SIDCRUE.
13	Utilizar el telefono institucional para trámites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
14	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad, y entregar soporte de asistencia supervisor
15	presentar pacientes a remiso al lider de gobierno clinico o quien determine repetir la obligacion y dar respuesta en termino menor a 3 horas Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9475958593		OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	13/11/2024	\$	163.200
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024	\$	208.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/11/2024	\$	31.900
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 404.000
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 ibe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún 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				
<div>Carolina León Mendoza</div> <div>CAROLINA LEON MENDOZA</div> <div>CC: 1.023.908.816</div> <div>CEL: 310 5744435</div>				

	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	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (DD/MM/AAAA)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROLINA LEON MENDOZA			CC:	1.023.908.816	
CORREO ELECTRÓNICO:	CARITO.1525@HOTMAIL.COM			RUT (NIT):	141086620391	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 25B SUR N°5-57			TELÉFONO:	3105744435	
				CIUDAD:	BOGOTA 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						
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550462300077957
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2788 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46910	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	DD/MM/AAAA		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 25.033.188	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.337.300					
DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE						
<div>Carolina León Mendoza.</div> <div>CAROLINA LEON MENDOZA</div> <div>C.C. 1.023.908.816 Bogota D.C.</div> <div>cel: 3105744435</div>						

		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 VE 2			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA			CAROLINA LEON MENDOZA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.908.816				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2788 2024		FECHA INICIO CONTRATO			
				21/01/2024			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		4.452.192			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO		\$ 25.033.188,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			
				\$ 2.337.300			
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		11		Nº CRP INICIAL:			
				14029			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		11 MESES; 10 DIAS		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO			
				317			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9475958593		OPERADOR:			
				APORTES EN LINEA			
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 TECNICO COD 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (7)	PRORROGA (6)	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22259	TIEMPO PRORROGADO:	
						UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.102.424	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	1270	TIEMPO PRORROGADO:	
						UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.277.308	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29218	TIEMPO PRORROGADO:	
						UN MES(1) Y NUEVE DIAS (9)	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.226.096	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32486	TIEMPO PRORROGADO:	
						UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO	\$ 6.059.928	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36606	TIEMPO PRORROGADO:	
						TRES MESES (3)	
VALOR ADICIONADO	\$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39860	TIEMPO PRORROGADO:	
						DOS MESES (2)	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.539.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46910	TIEMPO PRORROGADO:	
						DOS MESES (2)	
III. POLIZAS (SI APLICA)							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NA		NO	
						NA	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
						NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		NA	
						NA	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
SE VERIFICA QUE QUE HIA 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, <u>CERTIFICO</u> 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:	<div>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</div> <div>DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05</div>
	<div>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</div> <div>Enfermero Epidemiólogo</div> <div>C.C 3.087.070</div> <div>PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO</div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023908816		LEON MENDOZA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 25 SUR B N 5-57	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.C.	3105744435	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	223-43210	9475958593	I		2024/11/07	2024/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	\$404,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$162,500			\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$162,500			\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$162,500			\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0		
1	CC 1023908816	LEON CAROLINA	230301	30		\$208,000	EP0002	30		\$162,500		0		\$0		14-23	30		\$31,700	0		\$0	
Total Afiliados(1)										\$1,300,000	\$162,500			\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023903816		LEON MENDOZA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 25 SUR B N 5-57	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3105744435	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión					
2024-10	22343210	1	2024/11/07	2024/11/13	\$404,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$900	\$0	\$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$162,500	\$700	\$0	\$163,200
TOTAL				1	\$402,200	\$1,800	\$0	\$404,000