163

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:	GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ	**CC:**	52704052
		RUT (NIT):	NO APLICA
CORREO ELECTRÓNICO:	vimarodriguezt ellez52@gmail.com	**TELÉFONO:**	3005091962
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 68h 39a 15 sur	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 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 ( )**	**NO (X)**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**000570089433**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2823 2024**	**Nº CDP:**	**2783**	**Nº. RP:**	**39864**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 20.670.132**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.869.840**
	UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 52.704.052
cel: 3005091962

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	GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.704.052				
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 2823 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.833.832,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.670.132,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.869.840,00		
N° PAGO / N° DE INFORME:	(11 de 11)	N° CRP INICIAL:	14061	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9476432547	OPERADOR	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN TÉCNICA DE URGENCIAS TRASLADOS SECUNDARIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN –				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22286	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.102.424	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25227	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.298.556	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29242	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32511	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.194.224	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36634	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 474.624	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39864	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 3.005.100	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46936	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU		SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	NO APLICA		NOMBRE DE LA		NO APLICA
FECHA DE LA PÓLIZA	NO APLICA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		NO APLICA

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

Johon Jairo Rodriguez A
C.C 3.087.079
Enfermero Epidemiólogo
Especialización G.I.S

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

	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							
GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				52.704.052			
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 2823 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.833.832	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.670.132			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.869.840	
N° DE INFORME:	11	N° CRP:		14061	N° CDP:	317	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	7	PRORROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22286	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.102.424	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25227	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.298.556	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29242	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32511	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.194.224	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36634	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 474.624	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39864	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 3.005.100	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46936	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2

III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE POLIZA:	NO APLICA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO APLICA
FECHA DE LA POLIZA	NO APLICA	FECHA DE APROBACIÓN:		NO APLICA

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Recibi y entregué turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica del traslado
3	Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
4	Facilité el traslado de pacientes urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud
5	Realicé actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada
7	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	Mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno
9	Realicé registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente
10	Cumpli las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales
11	Respondi por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil
12	Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guias y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
13	Conté con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad
14	Realicé la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patologia del paciente
15	Repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado
16	Recibi y entregué al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino
17	Realicé la revisión y mantenimiento del acceso venoso durante el traslado del paciente.
18	Porté el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal
19	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana

20	Imparti educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente
21	Mantuve la reserva de la información clinica y personal de los pacientes
22	Ejerci las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio
23	Recibí y entregué el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad
24	Cumpli la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
25	Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
26	Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5
27	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9476432547	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	14/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	RIESGO 4	$ -
OTRO	COLSUBSIDIO	14/11/2024	$ 26.000
	TOTAL PAGADO		$ 396.500

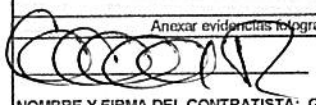
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
CC: 52.704.052
CEL: 3005091962

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52704052		RODRIGUEZ TELLEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78A#40-63 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	0000000	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	1049566677	9476432547	I	2024/11/15	2024/11/14	NEQUI	0	$396,500

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	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
1	CC 52704052	RODRIGUEZ GINNA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF22	30	$1,300,000	$26,000		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0

2024/11/14 01:37 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52704052		RODRIGUEZ TELLEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78A#40-63 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	0000000	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	1049566677	9476432547	I	2024/11/15	2024/11/14	NEQUI	0	$396,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$396,500	$0	$0	$396,500