Secretaría Distrital 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

YEIMMY MILLAN CRUZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.533.740				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2025 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 3.492.096	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 22.022.752		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 2.024.400
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	13924	**Nº CDP:**	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 2.470.639	**CDP DE LA ADICIÓN:**	945	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21794	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.076.361	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1269	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24347	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.455.380	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28034	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.146.116	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33176	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.547.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37473	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2786	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39665	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.523.260	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3756	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46079	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	$ -	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**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	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe, se realizaron: 210 Horas para el mes de Octubre 2024
2	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente
3	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad
4	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad
5	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
6	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura
7	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las activiades programadas en el mes
8	Se realizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas en el mes
9	Se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo
10	Se cumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad
11	Se participo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes
12	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion
13	Se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas
14	Se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo
15	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido
16	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura
17	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
18	Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales
19	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes
20	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales

21	Se realizaron los registro de las activiades de la Hoja de ruta del camillero
22	Se ejecutaron las actividades programadas para el de de acuerdo a las competencias
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes
24	se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta.
25	se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos).
26	se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred
27	se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7945368939	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	13/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/11/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

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 periodo correspondiente

YEIMMY MILLAN CRUZ
C.C: 52533740
CEL: 3125725618

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

YEIMMY MILLAN CRUZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.533.740

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2025 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 22.022.752		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.024.400**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP INICIAL:**	13924	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7945368939		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº 7**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 2.470.639	**CDP DE LA**	945	**RP DE LA**	21794	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.076.361	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24347	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.455.380	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28034	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.146.116	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA**	33176	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.547.680	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37473	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39665	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.523.260	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46079	**TIEMPO**	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**	0	**RP DE LA**	0	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE POLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	XX

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:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **WENDY CORDOBA MOLANO** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

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:	YEIMMY MILLAN CRUZ	**CC:**	52533740
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	YEIMMYMILLAN1979@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3125725618
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 N° 3 52 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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400754902**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2025 2024	**N°. CDP:**	**3756**	**N°. RP:**	**46079**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 22022752**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.024.400**
	DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE					

Yammy Millan

YEIMMY MILLAN CRUZ
52533740
3125725618

Ps 2025

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52533740
SOCIAL:			YEIMMI MILLAN CRUZ
	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CR 7 3-52 SUR	TELÉFONO:	6943082
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
ITACIÓN:	ÚNICO		
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7945368939	TIPO DE PLANILLA:			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1046757837

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
									$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
												$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
								$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																							PENSIÓN							SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
TRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
Y	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.300.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52533740	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200