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

BEATRIZ JANETH LURDUY GARCIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.896.734				
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 2034 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:	**$ 19.916.560**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.735.200		
N° DE INFORME:	11	**N° CRP:**	14231	**N° CDP:**	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES Y 10 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 573.024	**CDP DE LA ADICIÓN:**	945	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21803	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.428.336	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1269	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24436	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.609.978	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28043	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.118.494	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33184	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.401.836	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37073	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2786	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39278	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.981.576	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3756	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46086	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (02) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° 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: 180 Horas para el mes de NOVIEMBRE 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:	1067197831	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	**SALUD TOTAL**	12/11/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	**PROTECCION**	12/11/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	12/11/2024	$ 31,700
OTRO	**COMPENSAR**	12/11/2024	**$ 7,800**
TOTAL PAGADO			$ 410,000

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 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

Beatriz Janeth Lurduy G.

BEATRIZ JANETH LURDUY GARCIA

C.C: 52896734

CEL: 3138750146

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

BEATRIZ JANETH LURDUY GARCIA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.896.734

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 2034 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.934.984		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.735.200
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	14231	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067197831		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 7	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 2.254.192	**CDP DE LA**	945	**RP DE LA**	22209	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.085.568	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24705	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.098.704	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28434	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA**	33562	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.466.432	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37199	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39403	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 5.940.522	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46443	**TIEMPO**	(2) dos meses
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)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	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 presento 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 articulo 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** **MARCELA TRIVIÑO CORTES** **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:	**BEATRIZ JANETH LURDUY GARCIA**	**CC:**	52896734
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	BLA543@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3138750146
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53C SUR 12A 20 ESTE	**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:**	**8480344392**
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 2034 2024	**N° CDP:**	3756	**N°. RP:**	46086	**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: 16934984**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.735.200					
	UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE					

Beatriz Janeth Lurduy G

BEATRIZ JANETH LURDUY GARCIA
52896734
3138750146

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-12, 05:39:13 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067197831 **Referencia pago(PIN)** 8810757677

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BEATRIZ JANNETH LURDUY GARCIA				
Documento	CC 52896734	**Dirección**	CLL 53 C SUR N 12 A 20		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138750146		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52896734		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					LURDUY GARCIA BEATRIZ JANNETH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			
															0	30	30	30	30			$ 1.300.000

Pensión							Salud						
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	
230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS002		12.5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-23	3	2.436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	CCF24	0.6 %	$ 1.300.000	$ 7.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 410.000

Líneas 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!