| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**MELANIA ALVAREZ LOZANO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 28.893.536 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) 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 2095 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:** | $ 21.457.456 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 1.735.200 |
| **N° DE INFORME:** | 11 | **N° CRP:** | 13946 | **N° CDP:** | 280 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 11 MESES 10 DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 7 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **7** | **PRORROGAS** | **6** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.591.620 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 945 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 21848 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.609.808 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 1.269 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 24844 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.782.764 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 1.614 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28086 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.909.740 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.202 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33226 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6.638.620 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.614 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 37337 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (3) TRES MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 311.220 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.786 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 39540 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.121.588 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 3.756 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 46124 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (2) DOS MESES |

**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**<br>**(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 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 . |

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | |
| **MELANIA ALVAREZ LOZANO** | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | 28.893.536 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) 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 2095 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:** | $ 21.457.456 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 1.735.200 |
| **N° DE INFORME:** | 11 | | **N° CRP:** | 13946 | **N° CDP:** | 280 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 11 MESES | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **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** | 7 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.591.620 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 945 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 21848 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.609.808 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 1.269 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 24844 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.782.764 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 1.614 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28086 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.909.740 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.202 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33226 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6.638.620 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.614 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 37337 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (3) TRES MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 311.220 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.786 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 39540 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.121.588 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 3.756 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 46124 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (2) DOS MESES |

**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**<br>**(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: | 80929930 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 9/10/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | OTRO | 9/10/2024 | $ - |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 9/10/2024 | $ 31.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 194.200 |

**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

MELANIA ALVAREZ LOZANO
C.C: 28893536
CEL: 3017746947

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**MELANIA ALVAREZ LOZANO**

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 28.893.536**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) 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 2095 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 29.553.352 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 1.735.200 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 11 | **N° CRP INICIAL:** | 13946 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 280 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 11 MESES 10 DIAS | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 80929930 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | ENFERMERIA | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | |
| **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** | $ 2.282.620 | **CDP DE LA** | 945 | **RP DE LA** | 21697 | **TIEMPO** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.663.624 | **CDP DE LA** | 1269 | **RP DE LA** | 24830 | **TIEMPO** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.153.636 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1614 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 27941 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.050.576 | **CDP DE LA** | 2202 | **RP DE LA** | 33087 | **TIEMPO** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 8.863.160 | **CDP DE LA** | 2614 | **RP DE LA** | 37324 | **TIEMPO** | (3) TRES MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 469.680 | **CDP DE LA** | 2786 | **RP DE LA** | 39527 | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.577.960 | **CDP DE LA** | 3756 | **RP DE LA** | 46124 | **TIEMPO** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **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)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | 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 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**<br>**Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria**<br><br>**MARCELA TRIVIÑO CORTES**<br>**Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria** |

V.B

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**MELANIA ALVAREZ LOZANO**

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 28.893.536**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) 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 2095 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 3 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 1.735.200 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 11 | **N° CRP INICIAL:** | 13946 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 280 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 11 MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 80929930 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | ENFERMERIA | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATALY DUQUE SALAZAR | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° 7 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION 7 | PRORROGA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.591.620 | **CDP DE LA** | 945 | **RP DE LA** | 21848 | **TIEMPO** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.609.808 | **CDP DE LA** | 1269 | **RP DE LA** | 24844 | **TIEMPO** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.782.764 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1614 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 28086 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.909.740 | **CDP DE LA** | 2202 | **RP DE LA** | 33226 | **TIEMPO** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6.638.620 | **CDP DE LA** | 2614 | **RP DE LA** | 37337 | **TIEMPO** | (3) TRES MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 311.220 | **CDP DE LA** | 2786 | **RP DE LA** | 39540 | **TIEMPO** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.121.588 | **CDP DE LA** | 3756 | **RP DE LA** | 46124 | **TIEMPO** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **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)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | 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 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**<br>**Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria**<br><br>**MARCELA TRIVIÑO CORTES**<br>**Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria** |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MELANIA ALVAREZ LOZANO | **CC:**<br>**RUT (NIT):** | 28893536 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | LOZANO0637@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3108749006 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 24 A BIS 100 60 | **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:** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **111700898437** |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | FALABELLA | | | | |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 2095 2024 | **N° CDP:** | 3756 | **N°. RP:** | 46124 | **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: 21457456** |
| **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 | | | | | |

**MELANIA ALVAREZ LOZANO**
**28893536**
**3108749006**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 28893536 | MELANIA ALVAREZ LOZANO | calle 24 a bis # 100-60 | 3108749006 | lozano0637@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 09/10/2024 | 80929930 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $194.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 194.200 | 194.200 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información