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 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

MARIA MONICA DUSSAN GARCIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	55.158.404				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1631 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/24		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.750.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312		
Nº DE INFORME:	N°12	**Nº CRP:**	13626	**Nº CDP:**	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES - DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA- PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3.578.576	**CDP DE LA ADICIÓN:**	936	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21367	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1259	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24961	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.395.968	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1617	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28524	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1) - DIEZ DIAS (10)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2191	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32688	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 10.848.144	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2610	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36916	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 6.538.864,00	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3752	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45793	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA:		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOA TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACION DE TERAPIAS, RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA.
2	SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCIÓN. SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA.
3	EN LA PRESTACION DEL SERVICIO SE RESPETAN LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA
4	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS, RESPONDIENDO LLAMADOS, INTERCOSNULTAS Y REQUERIMIENTOS
5	SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA
6	SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO
7	CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES
8	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS
9	SE REALIZA EVOLUCIÓN DE TODO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE PARA SU POSTERIOR REVISIÓN
10	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.
11	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.
12	ADECUADO USO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.

13	EN CASO DE PORTAR EQUIPOS AJENOS A LA INSTITUCIÓN.
14	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA
15	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
16	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS
17	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA
18	RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES
19	MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTUIPILADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA
20	DETECTAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD
21	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA
22	APOYAR AL PERSONAL EN DESARROLLO CON LOS DIFERENTES ROLES
23	REALIZAR SOCIALIZACIONES PERTINENTE AL AREA
24	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
25	INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER IMPREVISTO QUE SE PRESENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
26	ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA
27	REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO
28	ACTUALIZACION EN LOS APLICATIVOS REQUERIDOS
29	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477415641	OPERADOR:	Aportes en linea

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	Compensar	8/12/24	$ 179.900
PENSIÓN:	Porvenir	8/12/24	$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	Seguros Bolivar	8/12/24	$ 35.100
OTRO:			
	TOTAL PAGADO		$ 447.300

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.

MARIA MONICA DUSSAN GARCIA
CC: 55158404
CEL: 3014159009

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**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA MONICA DUSSAN GARCIA	**CC:**	55158404
		RUT (NIT):	55158404-1
CORREO ELECTRÓNICO:	mdussan.ips.hco@gmail.com	**TELÉFONO:**	3014159009
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 55 #153-15 Torre 8 Apto 904	**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:	**BBVA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**0074080854**

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 1631 2024**	**N° CDP:**	**3752**	**N°. RP:**	**45793**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE MESES (11) - DIEZ DIAS (10)**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/24**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/12/24**			**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 40.750.800**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.597.312**
	TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS MCTE					

MARIA MONICA DUSSAN GARCIA
C.C 55158404
cel: 3014159009

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y:					
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARIA MONICA DUSSAN GARCIA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**55.158.404**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1631 2024		**FECHA INICIO CONTRATO.**	**21/01/24**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.750.800		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(12 de 12)	**Nº CRP INICIAL:** 13626	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	143	
PLAZO DEL CONTRATO:	ONCE (11) MESES- DIEZ (10) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477415641	**OPERADOR:**	Aportes en linea		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA- PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº (6)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				**ADICION (6)**	**PRORROGA (6)**
VALOR ADICIONADO	$ 3.578.576	**CDP DE LA ADICIÓN:**	936	**RP DE LA ADICIÓN:**	21367	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1259	**RP DE LA ADICIÓN:**	24961	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.395.968	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1617	**RP DE LA ADICIÓN:**	28524	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1) DIEZ DIAS(10)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2191	**RP DE LA ADICIÓN:**	32688	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 10.848.144	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2610	**RP DE LA ADICIÓN:**	36916	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 6.538.864	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3752	**RP DE LA ADICIÓN:**	45793	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA POLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

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	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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **CARGO:** **LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION CODIGO 237 GRADO 16** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **LUISA FERNADA FUENTES GARZON** **PERFIL:** **ENLACE OPERATIVO**

en línea

TOS GENERALES DEL APORTANTE

dentificación	dv.	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
55158404		DUSSAN GARCIA MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 56 # 151 51 trr 6 ap 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
4-11	2024-11	1110972607	9477415641	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	6	$447,300

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
ursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,438,925	$230,300			$1,438,925	$179,900			$0	$0			$1,438,925	$35,100		$0	$0
tro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,438,925	$230,300			$1,438,925	$179,900			$0	$0			$1,438,925	$35,100		$0	$0
ad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,438,925	$230,300			$1,438,925	$179,900			$0	$0			$1,438,925	$35,100		$0	$0
CC	55158404	DUSSAN MARIA	230301	30	$1,438,925	$230,300	EPS008	30	$1,438,925	$179,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,438,925	$35,100	0	$0	$0
tal Afiliados(1)					$1,438,925	$230,300			$1,438,925	$179,900			$0	$0			$1,438,925	$35,100		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55158404		DUSSAN GARCIA MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 56 # 151 51 trr 6 ap 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha			Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1110972607	9477415641	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	6	$447,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,300	$1,000	$0	$231,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$230,300	$1,000	$0	$231,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200	$0	$35,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$35,100	$200	$0	$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,900	$800	$0	$180,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$179,900	$800	$0	$180,700
TOTAL				1	$445,300	$2,000	$0	$447,300

