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							
KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		22.999.688					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL (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 2797 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**13.965.696**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	1 MES 28 DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**73.610.856**		**VALOR DE HONORARIOS A CERTIFICAR:**	**PERÍODO**	**$**	**6.619.158**
Nº DE INFORME:	12		**Nº CRP:**	14033	**Nº CDP:**	317	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 NUEVE MESES 10 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO. DIRECTOR TECNICO URGENCIAS GRADO 09					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	9.819.630	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22266	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	7.419.276	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25205	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	4.473.387	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29224	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	6.109.992	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32492	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	21.057.651	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36613	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	10.765.224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46917	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

III. POLIZAS

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

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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado
3	Realice los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
4	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
6	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado
7	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada
8	Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado
9	Cumpli con los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos
10	Apoye a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
11	Realice resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera
12	Apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda
13	Cumpli con las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados
14	Cumpli con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia
15	Apoye el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente
16	Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa
17	Cumpli con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo
18	Participe en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran
19	Participe activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrado disminución en los mismos
20	Mantuve al día los medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente
21	Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos
22	Realice la entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor
23	cumpli con la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento

24	Utilice el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
25	cumpli con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riego 4 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
26	Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad entregar soporte de asistencia al supervisor
27	Realizé seguimiento diario de medicamnetos de control y reportar falencias
28	Realiace mis actividades contractuales en unidad san blas tralados segundarios horas 167

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**82498186**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	7/12/2024	$ 348.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	7/12/2024	$ 445.700
RIESGOS LABORALES:	SURA RIESGO 4	7/12/2024	$ 67.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 861.800

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

KAREN IRINAANGARITA VANEGAS
CC 22 999 688
CEL 3046606606

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: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	**CC:**		22999688	
		RUT (NIT):		22999688	
CORREO ELECTRÓNICO:	kangaritamd@gmail.com	**TELÉFONO:**		3046606606	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		**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 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:**		**003900115969**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2797 2024**	**Nº CDP:**	**3753**	**Nº. RP:**	**46917**	**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: $ 73,610,856**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**6.619.158**
	SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS MTE					

KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS
C.C 22999688
cel: 3046606606

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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**22.999.688**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL (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 2797 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			13.965.696	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 73.610.856		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 6.619.158	
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	14033	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO	11 MESES 10 DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81797672	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA URGENCIAS TRASLADOS SEGUNDARIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO URGENCIAS GRADO 09				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			6	6
VALOR ADICIONADO	9.819.630	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:** 22266	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	7.419.276	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:** 25205	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	4.473.387	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**RP DE LA ADICIÓN:** 29224	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	6.109.992	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:** 32492	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	21.057.651	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:** 36613	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	10.765.224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:** 46917	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

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

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO SERVICIO URGENCIAS GRADO 09** Johon Jairo Rodriguez A Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIRC**

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	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	carrera 72 N 12 A30	3046606606	karenirinasalud@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82498186	$861.800	

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	348.200	0		0		0	0	0	0	348.200	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
231001	Colfondos	800227940-6	445.700	0	0	0	0	0	0		445.700	1

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	67.900				67.900	0	0	67.900			679	67.900	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	348.200	348.200
Pensión	1	445.700	445.700
Riesgos Laborales	1	67.900	67.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	861.800	861.800

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

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	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	carrera 72 N 12 A30	3046606606	karenirinasalud@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82498186	$861.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	22999688	ANGARITA VANEGAS KAREN IRINA	59	0			N							X									231001	2.785.320	445.700	0	0	0	0	EPS008	2.785.320	348.200	14-11	2.785.320	3	67.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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