

1304
219

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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							
YADIRA ANDREA MARQUEZ VARGAS							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.058.431.018			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2808 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 15.517.480		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 74.907.108		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		\$ 6.348.060	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:		14047	Nº CDP: 317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		11 MESES;10 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES 6 PRORROGAS 6	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22276	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO		\$ 7.194.468	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25216	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO		\$ 6.912.332	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29233	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO		\$ 6.348.060	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32501	TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO		\$ 17.562.966	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36624	TIEMPO PRORROGA DO: TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO		\$ 11.849.712	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46927	TIEMPO PRORROGA DO: DOS MESES (2)
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)							
1	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificación de actividades contractuales de la supervisión						
2	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
3	Realice mis actividades contractuales, en el CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA 180 HORAS						
4	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.						
6	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
7	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
8	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial						
10	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
11	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						

12	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
14	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
15	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
16	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
18	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
28	Presentación de planilla mensual de aportes de seguridad social tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
32	Asisti a capacitaciones y reuniones semanales
33	Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478454604	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	09-12-2024	295100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09-12-2024	380.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	09-12-2024	58000
OTRO	N/A	—	
TOTAL PAGADO			735400

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional


YADIRA ANDREA MARQUEZ VARGAS

C.C. 1.058.431.018

CEL: 3205761744



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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:	YADIRA ANDREA MARQUEZ VARGAS	C.C.	1.058.431.018
		RUT(NIT):	141132821134
CORREO ELECTRÓNICO:	anmarquez13@gmail.com	TELÉFONO:	3205761744
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 147 # 13 67	CIUDAD:	BOGOTÁ 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

0

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 0

NO X

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	35817096067
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA				

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2808 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46927	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: \$ 74.907.108
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)	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS					
	\$ 6.348.060					

YADIRA ANDREA MARQUEZ VARGAS
C.C. 1.058.431.018
CEL: 3205761744

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 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			YADIRA ANDREA MARQUEZ VARGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.058.431.018		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2808 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				21/01/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 74.907.108		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: S 6.348.060	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		12		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		Nº CRP INICIAL:		317	
		14047		11 MESES;10 DIAS	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9478454604		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		S 9.522.090		ADICION 6 PRORROGA 6	
VALOR ADICIONADO		S 7.194.468		TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		S 6.912.332		TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		S 6.348.060		TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)	
VALOR ADICIONADO		S 17.562.966		TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		S 11.849.712		TIEMPO PRORROGADO: TRES MESES (3)	
				TIEMPO PRORROGADO: DOS MESES (2)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: N/A	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA 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 (01/12/2024 AL 31/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CARLOS ALBERTO MARIN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF
CC 10841018		MARQUEZ VARGAS YADIRA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 # 2A - 47 SUR	SOGAMOSO-BOYACA	7728209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1107648439		9478454604	1	2024/12/05	2024/12/09	BANCOLOMBIA		4	\$735,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$379,200	\$1,100	\$0	\$380,300
COLPENSIONES	25-14			1	\$379,200	\$1,100	\$0	\$380,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$57,800	\$200	\$0	\$58,000
ARL SURA	14-11			1	\$57,800	\$200	\$0	\$58,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$296,300	\$800	\$0	\$297,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EP9010			1	\$296,300	\$800	\$0	\$297,100
TOTAL				1	\$735,300	\$2,100	\$0	\$735,400

