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					
GINA XIMENA PATIÑO GOMEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.024.478.791**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA 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 1741 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.957.504	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.703.168	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.003.400		
Nº DE INFORME:	No.12	**Nº CRP:**	14202	**Nº CDP:**	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**8**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	$ 1.277.944	**CDP DE LA ADICIÓN:**	936	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21460	**TIEMPO PRORROGA**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.855.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1259	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25055	**TIEMPO PRORROGA**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1617	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28617	**TIEMPO PRORROGA**	UN MES (1) Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.855.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2191	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32778	**TIEMPO PRORROGA**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.256.060	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2612	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36864	**TIEMPO PRORROGA**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 420.240	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2782	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39968	**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO	$ 24.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3601	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44558	**TIEMPO PRORROGA**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ 4.273.920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3752	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45878	**TIEMPO PRORROGA**	

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	Atención a los funcionarios de los hospitales recibiendo y verificando cada una de las láminas y protocolos entregados al laboratorio para su procesamiento y lectura; validando número de identificación de la paciente y placa.
2	Teniendo en cuenta las láminas recepcionadas se procesan los stiker con el consecutivo interno del laboratorio y se pegan en cada uno de los protocolos según su placa.
3	Se marcan las láminas que fueron aceptadas para el procesamiento y lectura, con el respectivo consecutivo interno del laboratorio.
4	Las láminas recepcionadas se proceden a procesar de la siguente manera: lavado en agua, lavado en alcohol, lavado en agua y montaje en procesador para su debida coloración.
5	Realizar la recolección de las láminas leidas diariamente por el equipo de citólogas, procesar el control negativas por el sistema y seleccionar las láminas aleatoriamente escogidas por el sistema para control de negativas por el patólogo.
6	Cumple con responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
7	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
8	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos.
9	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
10	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
11	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10672278344	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR EPS	14/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	14/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	14/11/2024	$ 31.700
OTRO	COMPENSAR	14/11/2024	$ 26.900
	TOTAL PAGADO		$ 428.200

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

GINA XIMENA P.

GINA XIMENA PATIÑO GOMEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1024478791
CEL: 3115732625

Scanned with CamScanner

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:	**GINA XIMENA PATIÑO GOMEZ**	**CC:**	**1024478791**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ginaximena_0615@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3115732625
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 76 B 60B 30 SUR	**CIUDAD:**	Bogota DC

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.

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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24053544175**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1741 2024**	**N° CDP:**	**3752**	**N°. RP:**	**45878**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**
						ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**
						$ 21.703.168
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.003.400**
	DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE					

GINA XIMENA P.

GINA XIMENA PATIÑO GOMEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C: 1024478791
CEL: 3115732625

Scanned with CamScanner

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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**GINA XIMENA PATIÑO GOMEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.024.478.791**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA 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 1741 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 3.957.504				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 21.703.168		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.003.400**
N° PAGO / N° DE INFORME:	No.12	**N° CRP INICIAL:**	14202	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	143
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N° 1067227834		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO DIAGNOSTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 1.277.944	**CDP DE LA ADICIÓN:**	936	**RP DE LA ADICIÓN:**	21460	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.855.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1259	**RP DE LA ADICIÓN:**	25055	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1617	**RP DE LA ADICIÓN:**	28617	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1) Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.855.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2191	**RP DE LA ADICIÓN:**	32778	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.256.060	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2612	**RP DE LA ADICIÓN:**	36864	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 420.240	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2782	**RP DE LA ADICIÓN:**	39968	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 24.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3601	**RP DE LA ADICIÓN:**	44558	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ 4.273.920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3752	**RP DE LA ADICIÓN:**	45878	**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		

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 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:	**DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO** **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	Catherine Lugo 12 **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **CATHERINE LUGO CRSITIANO** **PERFIL:Referente Apoyo Diagnostico**

Scanned with CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-14, 11:34:40 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067227834

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

Cliente:

PAGADA 2024-11-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GINA XIMENA PATINO GOMEZ				
Documento	CC 1024478791	**Dirección**	CRA 76 B 60 B 30 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115732625		
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 1024478791		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PATIÑO GOMEZ GINA XIMENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			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	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
															0	30	30	30	30			230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	CCF24	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

Scanned with CamScanner

Línea 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!