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

132 H

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
DANIELA TRIANA WILCHES							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.073.516.397				
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 2868 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$ 13.119.324	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		$ 50.784.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.655.244		
N° DE INFORME:	12		N° CRP:	14099	N° CDP:	317	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	5	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22320	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 7.194.468	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25261	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 4.020.438	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32543	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	$ 4.232.040	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36664	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 12.696.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46943	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	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 clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificacion de actividades contractuales de la supervision
2	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	Realice mis actividades contractuales, en el HOSPITAL SANTA CLARA 132 HORAS
4	Registro de historia clinica 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 clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	I miti conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial
10	Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.

12	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
14	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
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 clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
28	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
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:	9478312649	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	Sanitas	09-12-2024	169300
PENSIÓN:	Porvenir	09-12-2024	216700
RIESGOS LABORALES:	Positiva	09-12-2024	33 000
OTRO			
TOTAL PAGADO			419.000

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)

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

Daniela Triana Wilches

DANIELA TRIANA WILCHES

C.C. 1.073.516.397

CEL: 3182845084

	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-01 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIELA TRIANA WILCHES	C.C.	1.073.516.397
		RUT(NIT):	1410982241097
CORREO ELECTRÓNICO:	daniela_triana@hotmail.com	TELÉFONO:	3182845084
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 19 131 70	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:	0318000200158672
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BBVA				

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 2868 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46943	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: $ 50.784.480
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)	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS					
	$ 4.655.244					

Daniela Triana Wilches

DANIELA TRIANA WILCHES
C.C. 1.073.516.397
CEL: 3182845084

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			DANIELA TRIANA WILCHES		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.073.516.397		
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 2868 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 13.119.324				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 50.784.480		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		S 4.655.244
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	14099	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478312649		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 5	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	S 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22320	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 7.194.468	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25261	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 4.020.438	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32543	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	S 4.232.040	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36664	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	S 12.696.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46943	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	S 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° 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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073516397		TRIANA WILCHES DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 53 #104B 23- 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8275741	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	1107449380	9478312649	I	2024/12/23	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$419,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$216,700	$0	$0	$216,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$216,700	$0	$0	$216,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,000	$0	$0	$33,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$33,000	$0	$0	$33,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$169,300	$0	$0	$169,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$169,300	$0	$0	$169,300
TOTAL				1	$419,000	$0	$0	$419,000

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073516397		TRIANA WILCHES DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 53 #104B 23- 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8275741	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	1107449380	9478312649	I	2024/12/23	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$419,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,354,252	$216,700			$1,354,252	$169,300			$0	$0			$1,354,252	$33,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,354,252	$216,700			$1,354,252	$169,300			$0	$0			$1,354,252	$33,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,354,252	$216,700			$1,354,252	$169,300			$0	$0			$1,354,252	$33,000		$0	$0
1	CC	1073516397	TRIANA DANIELA	230301	30	$1,354,252	$216,700	EPS005	30	$1,354,252	$169,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,354,252	$33,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,354,252	$216,700			$1,354,252	$169,300			$0	$0			$1,354,252	$33,000		$0	$0