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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CODIGO: 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							
NORMAN YESID LAMUS AVILA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.070.327.119				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1058 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.419.456	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		01/21/2024 DOS MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.043.584			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.709.728	
N° DE INFORME:	12	N° CRP:	13335	N° CDP:	284		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	NA	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	CRP DE LA ADICIÓN:	21607	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	CRP DE LA ADICIÓN:	24275	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.946.304	CDP DE LA ADICION:	1616	CRP DE LA ADICIÓN:	29347	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICION:	2203	CRP DE LA ADICIÓN:	33630	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.129.184	CDP DE LA ADICION:	2600	CRP DE LA ADICION:	36764	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7.419.456	CDP DE LA ADICIÓN:	3750	CRP DE LA ADICIÓN:	46791	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NA	NO	NA	
N° DE POLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA POLIZA	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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se orientó a los usuarios y se realizo un acompañamiento oportuno, en los tramites que requerian, para su servicio en salud.
2	Se realiza actualizacion permanente en la base de datos, de los pacientes que ingresan al servicio de Urgencia, identificando redes de apoyo y acompañamiento para brindar un servicio de salud adecuado
3	Registro diario en el aplicativo Dinamica, donde se realizan los conceptos desde el area de trabajo social, con los soportes que se requiera, mitigando las barreras de acceso en el servicio

4	Se realizó solicitudes de oxigeno domiciliario en el servicio de urgencia.
5	Se realizó la solicitud de oxigeno domiciliario que requerian mediante diagnostico y autorización medica.
6	Se solicito mediante correo electronico a fiscalia, formato de plena identidad de un paciente NN, de igual manera se oriento a los pacientes extranjeros que no cuentan con el permiso de proteccion temporal, realizar solicitud ante Migracion colombia.
7	Registro diario en el aplicativo SI-Cuéntanos Bogotá de actividades de orientación y direccionamiento acerca de los tramites administrativos con soportes de actas, listados de asistencia y registro fotográfico.
8	Actividad no aplica en razon a que, el Hospital Santa Clara no cuenta con atencion a poblacion gestante.
9	Se realizó consulta social a los pacientes remitidos
10	Se participa en los procesos de fortalecimiento de competencias de cursos, capacitaciones y entrenamiento tanto virtual como presencial definidos por las Subred Centro Oriente E.S.E.
11	Se realiza busqueda de datos de contacto y ubicacion en la historia clinica del paciente.
12	Se participa en los procesos de fortalecimiento de competencias de cursos, capacitaciones y entrenamiento tanto virtual como presencial definidos por las Subred Centro Oriente E.S.E.
13	Se cumple con la asistencia de acurdrdo al llamado por la oficina de poarticipación Comunitaria y la Subred centro oriente E.S.E.
14	Se apoyó los subprocesos deacurdrdo a las necesidades de las respectivas oficinas
15	Se realiza la reserva y confidencialidad de datos e informacion de los diferentes aplicativos institucionales
16	Se cumple con las obligaciones en linea con la demanda y los tiempos exigidos por cada institucion de servicios de la Sub Red centro oriente E.S.E.
17	Se porta en forma y lugar visible las insignias y elemtnos institucionales , al igual que la presentacion personal, se sigue lo establecido en los procedimeintos de los manuales de la Sub red Centro Oriente E.S.E.
18	Se cumplen con las obligaciones complementarias dispuestas en la matriz marco del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10650450[illegible]		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		07/12/2024	$	185.500
PENSIÓN:	PROTECCION		07/12/2024	$	237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS POLIVAR		07/12/2024	$	36.200
OTRO	INTERESES Mora				
	TOTAL PAGADO				$ 459.200

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 sicep de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
4 - Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar por ocasion al señalado contrato

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

No se realiza turno fin de semana ya que trabaja de noche

NORMAN YESID LAMUS AVILA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:1070327119
CEL:3219254949

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			NORMAN YESID LAMUS AVILA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.070.327.119		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1058 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.419.456,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.043.584,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.709.728,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	CUENTA DE COBRO 12	N° CRP INICIAL:	13335	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	284
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	10680450006		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADAN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° 6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICION 6	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	RP DE LA ADICIÓN:	21607	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	RP DE LA ADICIÓN:	24275	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.946.304	CDP DE LA ADICIÓN:	1616	RP DE LA ADICIÓN:	29347	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	2203	RP DE LA ADICIÓN:	33630	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.129.184	CDP DE LA ADICIÓN:	2600	RP DE LA ADICIÓN:	36764	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.419.456	CDP DE LA ADICIÓN:	3750	RP DE LA ADICIÓN:	46791	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	NA
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA

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:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: **DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ** **CARGO:**Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** PERFIL:Técnico ADMINISTRATIVO II

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 CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSION: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	NORMAN YESID LAMUS AVILA	**CC:**	1070327119
		RUT (NIT):	1070327119
CORREO ELECTRÓNICO:	yesid1589@gmail.com	**TELÉFONO:**	3219254949
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 3 SUR N 24 D 54	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024,

NO tomare costos y deducciones	(X)
SI tomare 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 Tributacion	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	055382204

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1055 2024	**Nº CDP**	3750	**Nº. CRP**	46791	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/21/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 42.043.584**
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)	$					3.709.728
	TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/C					

Yes. V. Lamus

NORMAN YESID LAMUS AVILA
C.C 1070327119
cel: 3219254949

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-07, 04:32:00 PM Tipo Planilla I Numero Planilla 1068045006 Referencia pago(PIN) 8823547492

Periodo Cotización 202411 Periodo Servicio 202411

Cliente:

PAGADA 2024-12-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NORMA LAMUS AVILA				
Documento	CC 1070327119	Dirección	CL 49B SUR #9 - 89 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3219254949		
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 1070327119		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					LAMUS AVILA NORMAN YESID	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			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	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	Codigo CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																										$ 1.423.493	23-251		16 %	$ 1.423.5[illegible]	$ 237.500	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 1.423.[illegible]	$ 165.500	$ 0	14-7	3	2.436 %	$ 1.423.493	$ 36.200	149-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 165.500	$ 36.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 459.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!