170

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: (01/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA CLAUDIA MATOMA FERREIRA	**CC:**		65.788.963
		RUT (NIT):		14223596574
CORREO ELECTRÓNICO:	marthamatoma@hotmail.com	**TELÉFONO:**		3105744435
DIRECCIÓN DOMICILIO:	SIN INFORMACION	**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.

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:	**OTRO**					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**		**636769866**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2880 2024**	**Nº CDP:**	**3753**	**Nº. RP:**	**46950**	**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: 23.106.456**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.892.100**
	UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS					

martha matoma

MARTHA CLAUDIA MATOMA FERREIRA
C.C. 1.023.908.816 Bogota D.C.
cel: 3105744435

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**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
MARTHA CLAUDIA MATOMA FERREIRA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				65.788.963			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS2880 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**			**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**3.833.832**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN MES (1) Y VENTIOCHO DIAS (28)			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**23.106.456**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 1.892.100**
N° DE INFORME:	12		**N° CRP:**	10109		**N° CDP:**	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES; 10 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**		**6**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22328	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.226.096**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25269	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 3.277.308**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29279	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.648.960**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32548	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 7.008.080**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36672	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	**$ 593.280**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39866	**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	**$ 1.736.280**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46950	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)

III. POLIZAS				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado.
3	Orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento.
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.
5	Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada
6	Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados.
7	Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno.
8	Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente
9	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.
10	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil.
11	Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.
12	Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.
13	Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente.
14	Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino

16	Mantener el accseso venoso durante el traslado
17	Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal.
18	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
19	Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10683 05 5178	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	09/12/2024	162500
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	09/12/2024	208000
RIESGOS LABORALES:	**N/A** P-4	0	—
OTRO	**COMPENSAR**		
	TOTAL PAGADO		370500

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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

martha matoma

MARTHA CLAUDIA MATOMA FERREREIRA
CC: 65.788.963
CEL: 3132388291

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 VE 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA		**MARTHA CLAUDIA MATOMA FERREIRA**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		**65.788.963**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS2880 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**3.833.832**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	**$ 23.106.456**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 1.892.100**
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	14109	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES; 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**OPERADOR:**		SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION (7)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22328	**TIEMPO PRORROGADO:** UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.226.096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25269	**TIEMPO PRORROGADO:** UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.277.308	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**RP DE LA ADICIÓN:**	29279	**TIEMPO PRORROGADO:** UN MES(1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	$ 1.648.960	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32548	**TIEMPO PRORROGADO:** UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 7.008.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36672	**TIEMPO PRORROGADO:** TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 593.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**RP DE LA ADICIÓN:**	39866	**TIEMPO PRORROGADO:** 0
VALOR ADICIONADO	$ 1.736.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	46950	**TIEMPO PRORROGADO:** DOS MESES (2)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	**NA**	**NO**		**NA**
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			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:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05**
	Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización O.S. **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-10, 02:22:00 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068055178

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago 8810562202

PAGADA 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTA CLAUDIA MATOMA FERREIRA		
Documento	CC65788963	Dirección	CL 11BIS #78 - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132388291
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INGS	RETI	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 65788963	MARTHA CLAUDIA MATOMA FERREIRA	3	0																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$1.300.000	$162.500	0.000	$0	$0	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1.300.000	$7.800	$0	$0	$0	$0	$378.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$0	$1.300.000	$208.000	$162.500	$0	$7.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$378.300	$0	$378.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!