192.

Secretaría Distrital 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	**TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.193.550.931**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. "RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD - AGRESIONES, ACCIDENTES, TRAUMA Y VIOLENCIAS - RAATV"				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4125 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**7/06/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.597.430				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	14,008,694		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.136.960
N° PAGO / N° DE INFORME:	7	**N° CRP INICIAL:** 31683	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		1885
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	6 MESES Y 24 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82056739		**OPERADOR:**		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SUBRED CENTRO ORIENTE				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				4	4
VALOR ADICIONADO	$ 1.844.774	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2271	**RP DE LA ADICIÓN:**	34236	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.884.726	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36719	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 474.624	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**RP DE LA ADICIÓN:**	39875	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.207.140	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	47019	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

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

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:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO **CARGO:DIRECTOR DE URGENCIAS** P/D EDUARDO ENRIQUE PEREZ BARAJAS

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 TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.193.550.931			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. "RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD - AGRESIONES, ACCIDENTES, TRAUMA Y VIOLENCIAS - RAATV"						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4125 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**			**7/06/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**1,597,430**		**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	23 DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14.008.694**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 2.136.960**
N° DE INFORME:	7		**N° CRP:**	31683	**N° CDP:**		1885
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 MESES 24 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**4**	**PRORROGAS**		**4**
VALOR ADICIONADO	$ 1.844.774	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2271	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34236	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.884.726	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36719	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 474.624	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39875	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.207.140	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47019	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**N/A**
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	Dezplazamiento a unidades (SANTA CLARA) Participar en visitas a las unidades de salud para vigilancia y control del kit de código blanco y ataque con agente químico.
2	Activar bitácora en plataforma SIRC, de cada una de los casos de población asignada registrados en la cohorte de violencias enviada por gestión del riesgo
3	Construir en cada bitácora las veces que sea necesario la trazabilidad documental como: acercamiento realizado a las víctimas de violencias, información radicada en historia clínica de los seguimientos realizados por los profesionales
4	Cerrar el caso en la bitácora SIRC, que corresponde a finalizado,cuando el motivo o criterio lo certifique
5	Semaforizar en los aplicativo SIRC el estado de trámite de acuerdo a los registros de la información aportada por: la historia clínica, seguimientos, acercamientos realizados, perdida de usuario, así el color indica verde finalizado, amarillo en espera, rojos cancelados, marrón en trámite.
6	Consultar la base de datos de la cohorte de violencias para tener en cuenta población diferencial de la RIAS AATV como víctimas de: Violencia Sexual, ataque por agente Químico, Conflicto Armado, negligencia y abandono; violencia de genero etc
7	Realizar Acercamiento mediante llamadas telefónicas a victimas de violencias población asignada
8	Verificar en la historia clínica DHG el cumplimiento de los seguimientos médicos psicosociales correspondientes a los 5 controles que se deben realizar a las víctimas de violencia sexual
9	Verificar historia clínica DHG pacientes víctimas de violencia menores de 18 años se notificó al ICBF
10	participar con el equipo de trabajo, con la implementación de la ruta de violencias teniendo en cuenta el enfoque institucional e intersectorial

11	Presentar oportunamente a trabajadora social el listado de personas con pérdida de contacto, con el fin de reportar al PIC (plan de intervenciones colectivas) entorno cuidadores (vivienda) - Reportar a trabajo social los usuarios de la ruta de violencias, que en la historia clínica no registra seguimiento y no tiene criterios de finalizado
12	Participar en las auditorias que se realicen a, la RIAS-AATV, verificacion de historias clinicas fichas sivim interconsultas y reuniones con gestion del riesgo y trabajo social.
13	Consolidar, información requerida para la debida presentación de los indicadores,

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**82056739**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**9/12/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/12/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA SEGUROS**	**9/12/2024**	**$ 31.700**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 402.200**

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

Tatiana Moreno

TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO:
CC:1,193,550,931
CEL: 3136838851

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-GA-FT-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO	**CC:**	1193550931
		RUT (NIT):	1193550931
CORREO ELECTRÓNICO:	tatis042016@gmail.com	**TELÉFONO:**	3136838851
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 13 bis este # 46 a 42 sur	**CIUDAD:**	Bogotá

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 titulo 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 Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**055048410005606**

PS 4125 2024 ULTIMA ADICION CDP 2783

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4125 2024**	**Nº CDP:**	**3753**	**Nº. RP:**	**49019**	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : **6 MESES Y 24 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**7/06/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: **14.008.694**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.136.960**					
	DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/C					

Tatiana Moreno

TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO
C.C 1.193.550.931
cel: 3136838851

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193550931	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO		Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur	3112768031	tatis042016@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82056739	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193550931	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO	Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur	3112768031	tatis042016@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82056739	$402.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1193550931	MORENO MORENO TATIANA ALEXANDRA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO**, identificado con **CC** número **1193550931**, aportó por **TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO**, identificado(a) con **CC** número **1193550931** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-11** y salud **2024-11** de la siguiente manera:

CODIGO	ENTIDAD PARTICIPADA	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INGRESO	RET	DIAS COTIZADOS	SALARIO BASICO	VALOR LIQUIDADO	VALOR NO RETENIDO	VALOR A PAGAR	PERIODO	COTIZANTE (NUMERO)	FECHA PAGO	APORTANTE (PERMANENTE SALUD)
230301	Porvenir															0		30	$1.300.000	$208.000	$0	$0	Noviembre - 2024	82056739	09/12/2024	N
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS															0		30	$1.300.000	$31.700	$0	$0	Noviembre - 2024	82056739	09/12/2024	N
EPS002	Salud Total EPS															0		30	$1.300.000	$162.500	$0	$0	Noviembre - 2024	82056739	09/12/2024	N

El presente certificado se expide a los 7 días del mes Diciembre de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.