

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-07 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.023.977.314			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 3720 2024		FECHA INICIO CONTRATO		26/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.122.351		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTITRES DIAS (23)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 81.043.636		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 7.617.672	
Nº DE INFORME:	11		Nº CRP:	18976		Nº CDP:	427
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		10 MESES;5 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22363	TIEMPO PRORROGA DO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25299	TIEMPO PRORROGA DO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 20.210.245	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29305	TIEMPO PRORROGA DO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.310.488	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32576	TIEMPO PRORROGA DO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.639.814	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36702	TIEMPO PRORROGA DO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 13.542.528	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46981	TIEMPO PRORROGA DO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.174.030	CDP DE LA ADICIÓN:	4066	CRP DE LA ADICIÓN:	50072	TIEMPO PRORROGA DO:	UN MES (1)
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A		
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)							
ITEM							
1	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificación de actividades contractuales de la supervisión						
2	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
3	Realice mis actividades contractuales, en el HOSPITAL SANTA CLARA 216 HORAS						
4	Registro de historia clínica 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 clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
7	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
8	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						
9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial						
10	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial						
11	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.						

216
19

12	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
14	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
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 clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
19	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
20	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
21	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
24	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
28	Presentación de planilla mensual de aportes de seguridad social (tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales)
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
31	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
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:	31830665	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	09-12-2024	361 000
PENSIÓN:	PROTECCION	09-12-2024	462 100
RIESGOS LABORALES:	SURA	09-12-2024	30500
OTRO	N/A		
TOTAL PAGADO			893 600

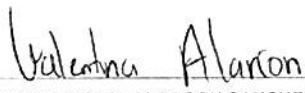
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 Electrónico Institucional


LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ

C.C. 1.023.977.314

CEL: 3155967141

<div><div><div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div><div><div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div></div></div><div>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</div><div>CÓDIGO: AP-IA-FT-01 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16</div></div>					
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ		C.C.	1.023.977.314	
			RUT(NIT):	14983076354	
CORREO ELECTRÓNICO:	lauraalarcon07@hotmail.com		TELÉFONO:	3155967141	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 8B # 35 17 SUR		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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	2070000100
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 3720 2024	Nº CDP:	4066	Nº. RP:	50072
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES;5 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 81.043.636
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)	SIETE MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PISOS				
	\$ 7.617.672				
<div><div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div><div><div><div>LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ</div></div></div><div>C.C. 1.023.977.314 CEL.: 3155967141</div></div>					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E						CÓDIGO: AP-IA-PT-078	
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION							
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.023.977.314			
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 SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3720 2024		FECHA INICIO CONTRATO		26/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 6.122.351					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 81.043.636		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		S 7.677.672	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		11		Nº CRP INICIAL:		18976	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		10 MESES; 5 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		31830665		OPERADOR:		ASOPAGOS	
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							
Nº DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION 7 PRORROGA 6	
VALOR ADICIONADO		S 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN: 1030		RP DE LA ADICIÓN: 22363	
VALOR ADICIONADO		S 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN: 1270		RP DE LA ADICIÓN: 25299	
VALOR ADICIONADO		S 20.210.245		CDP DE LA ADICIÓN: 1619		RP DE LA ADICIÓN: 29305	
VALOR ADICIONADO		S 9.310.488		CDP DE LA ADICIÓN: 2200		RP DE LA ADICIÓN: 32576	
VALOR ADICIONADO		S 9.639.814		CDP DE LA ADICIÓN: 2598		RP DE LA ADICIÓN: 36702	
VALOR ADICIONADO		S 13.542.528		CDP DE LA ADICIÓN: 3753		RP DE LA ADICIÓN: 46981	
VALOR ADICIONADO		S 3.174.030		CDP DE LA ADICIÓN: 4066		RP DE LA ADICIÓN: 50072	
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº 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							
SI 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 SI-COP?				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 scop 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			



RAZÓN SOCIAL :	LAURA VALENTINA ALARCON SANCHEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1023977314
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-09
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	31830665
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31830665
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800089702	EPS SURA	1	\$ 2.877.787	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 359.800	\$ 361.000
30201	800229739	PROTECCION	1	\$ 2.877.787	\$ 0	\$ 0	\$ 1.600	\$ 460.500	\$ 462.100
4-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 2.877.787	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 70.200	\$ 70.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.100	\$ 890.500	\$ 893.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 07/01/2025

ASAR
2024-12-09
\$ 1.200,00
\$ 359.800,00
\$ 361.000,00

