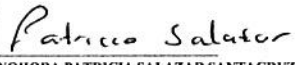
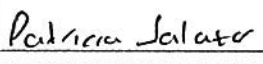
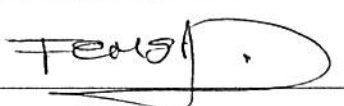
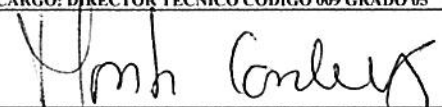
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.371.974	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 667277-2024 "APH".		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4648 2024	FECHA INICIO CONTRATO
			27/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.413.685	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
			UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	6.488.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 378.490
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	40466
		Nº CDP:	3007
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.479.355	CDP DE LA ADICIÓN:	3461
VALOR ADICIONADO	\$ 2.595.360	CDP DE LA ADICIÓN:	3765
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
			X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:		
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	Se realizó la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.		
2	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.		
3	Se garantizó el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.		
4	Se brindo respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.		
5	Se presento cumplimiento on el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de +B40.147+B40.144novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.		
6	Se garantizó el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.		
7	Se realizó el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE		
8	Se garantizo el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.		
9	En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizo el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
10	Se realizaron los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente		
11	Se realizó el informe y registro oportuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil		
12	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa		
13	En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.		

35h

14	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
16	Se garantizó la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplimiento del trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	1068157705
OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	
OTRO	
TOTAL PAGADO	
S 370.500	
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 ibe se calculo 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 cps, 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)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente	
 NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ CC:52371974 CEL:3174844528	

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1 VERSIÓN: 6		FT-014	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ		CC:	52371974	
CORREO ELECTRÓNICO:	patriciasaludpublica123@gmail.com		RUT (NIT):	52371974-	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 60 A SUR 73 71		TELÉFONO:	317464452	
			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 título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.24.1.6 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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 23178804359
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4648 2024	Nº CDP:	3765	Nº. RP:	47093
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	8/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$6488400
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 08/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE				
 NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ CC:52371974 CEL:3174644526					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.371.974		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4648 2024	FECHA INICIO CONTRATO		27/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.413.685,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.488.400,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 378.490,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5 DE 5	Nº CRP INICIAL:	40466	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3007
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068157705	OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (2)	PRÓRROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.479.355	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	RP DE LA ADICIÓN:	43379
VALOR ADICIONADO	\$ 2.595.360	CDP DE LA ADICIÓN:	3765	RP DE LA ADICIÓN:	47093
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ACTO ADMINISTRATIVO DE		
FECHA DE LA PÓLIZA	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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/12/2024 AL 08/12/2024					
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 CODIGO 009 GRADO 05			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA			

Maritza Cárdenas
Enfermera Jefe



**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte:	2024-12-17, 09:43:51 AM	Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	Número Planilla:	1068157705
Período Cotización:	noviembre de 2024	Período Servicio:	noviembre de 2024	Referencia pago (PIN):	8849901800

PAGADO 17/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

... DATOS DEL APORTANTE

razón Social	NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ		
Documento	CC52371974	Dirección	CL 57F #72 D - 53
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3178804953
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

J. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades AJP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MONIA	TOTAL INTERESES DE MONIA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 102.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 370.500	\$ 0	\$ 370.500

EFFECTIVO LTOR
HIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

H. OS: 9554410/9 DO: 690953
Cliente: 11327 PLANTILLAS AVAL Importes
Linea Arus Compensar Inseguros Simul 6.100

Fecha: 16/12/2024 17:27:30
COP: 910003

Nombre: PATRICIA
Apellido: SALAZAR

Identificación: 8049901000
Código de Verificación: 522219

Numero de Identificación: 8049901000
Referencia: \$370.500.00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el único
soporte válido para atender cualquier
reclamación.

Para reclamaciones presente este
recibo: Tel. (1) 6510101.

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co