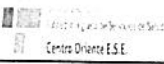
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		35.394.172			
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 7120405-2024 "APII".				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5813 2024	FECHA INICIO CONTRATO	12/12/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.944.357	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.944.357	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.427.448	
N° DE INFORME:	1	N° CRP:	51028	N° CDP:	4124
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTIOCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	JBL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
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:
III. POLIZAS					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO			
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)					
ITEM					
1	Presté los servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente				
2	Realice las entregas y recibos de turno de manera presencial				
3	Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento informado y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia.				
4	Di 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 Prehospitalaria.				
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria				
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades.				
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.				
8	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
9	Cumpli de lo contemplado en el manual de bioseguridad				
10	Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia				
11	Informe y registre oportunamente los datos críticos				
12	Reporté y registre los sucesos de seguridad				
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades				
14	Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo				
15	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades				
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o asegurado				
17	Aplicó las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional				
18	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos				
19	Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad				
20	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios				
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1068202489	OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	NUEVA EPS	11/12/2024	\$	162.500	
PENSIÓN:	PORVENIR	11/12/2024	\$	208.000	
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	11/12/2024	\$	31.700	
OTRO	CCF COMPENSAR	11/12/2024	\$	7.800	
TOTAL PAGADO			\$ 410.00		
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 ítem se calcula 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 scoup 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					
PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE C.C.: 35394172 Cel: 3178058038					

		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-A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024							
NOMBRES Y APELLIDOS:		PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE			CC:		35394172
CORREO ELECTRÓNICO:		patriciamedina2225@gmail.com			RUT (NIT):		35394172-5
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 7F 12B 12			TELÉFONO:		3128058038
					CIUDAD:		MOSQUERA (CUNDINAMARCA)
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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							456170234060
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS 5813 2024	Nº CDP:	4124	Nº. RP:	51028	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : VEINTICHO (28) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		12/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		8/01/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$1944357	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 12/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE					
1.427.448							
 PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE C.C: 35394172 Cel: 3128058038							

<div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>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</div> <div>CÓDIGO: AP-IA FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</div>			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		35.394.172	
I. INFORMACION 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 7120405-2024 "APII".		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5813 2024	FECHA INICIO CONTRATO	12/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		1.944.357
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	1.944.357	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.427.448
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(1 de 1)	Nº CRP INICIAL:	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTIOCHO (28) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068202489	OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405-2024 "APII"		
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:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	ADICION (0) PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE QUE HIA 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 (12/12/2024) AL (31/12/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
		MARITZA GARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA	

Maritza Cardenas
Enfermera



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-12, 04:13:55 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Período Cotización: noviembre de 2024 Período Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago (PIN): 882629155

Número Planilla: 1068202489

PAGADO 11/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE
Documento	CC35394172
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos				Cajas			Parafiscales			Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	OT	RE	ME	TO	TAR	TDP	TAP	VS	CON	VE	CA	VA	VAC	VAP	IAS	IAS APT	OTIA APT	OTIA CCF	Administradores	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradores	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes SENA	Aportes Ministerio	ESAP	Total		
CC 35394172	PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE	59	00																0	0	0	0	(213351)	\$ 1.300.000	\$ 228.000		\$ 1.300.000	\$ 162.500	2.408	\$ 1.300.000	\$ 3.170.000	COFICAJA COMPE/USAR CCF		\$ 1.320.000	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 410.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	Incapacidades ASP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 228.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 410.000	\$ 0	\$ 410.000

