19211

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

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 - RAAATV"				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2063 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		02/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.547.840**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	3 Meses y 28 dias		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 8.547.840**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.136.960**
N° DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	6623	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 Meses y 28 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**		0
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

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		x
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

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	1. participar en la socializacion y preparacion a la comunidad en los servicios de urgencias, consulta externa y ambulancias de todas las unidades de salud de la sissco, para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a la atencion integral de victimas por violencias.
2	2.activar bitacora en plataforma sirc, de cada una de los casos de poblacion asignada registrados en la cohorte de violencias enviada por gestion del riesgo.
3	3. construir en cada bitacora las veces que sea necesario la trazabilidad documental como: acercamiento realizado a las victimas de violencias, informacion radicada en historia clinica de los seguimientos realizados por los profesionales
4	4. cerrar el caso en la bitacora sirc, que corresponde a finalizado, cuando el motivo o criterio lo certifique
5	5. semaforizar en los aplicativo sirc el estado de tramite de acuerdo a los registros de la informacion aportada por: la historia clinica, seguimientos, acercamientos realizados, perdida de usuario, asi el color indica verde finalizado, amarillo en espera, rojos cancelados, marron en tramite.
6	6.consultar la base de datos de la cohorte de violencias para tener en cuenta poblacion diferencial de la rias aatv como victimas de: violencia sexual, ataque por agente quimico, conflicto armado, negligencia y abandono; violencia de genero etc
7	7. realizar acercamiento mediante llamadas telefonicas a victimas de violencias poblacion asignada
8	8. verificar en la historia clinica dhg el cumplimiento de los seguimientos medicos psicosociales correspondientes a los 5 controles que se deben realizar a las victimas de violencia sexual
9	9. verificar historia clinica dhg pacientes victimas de violencia menores de 18 años se notifico al icbf.
10	10. participar con el equipo de trabajo, con la implementacion de la ruta de violencias teniendo en cuenta el enfoque institucional e intersectorial.

11	11.presentar oportunamente a trabajadora social el listado de personas con perdida de contacto, con el fin de reportar al pic (plan de intervenciones colectivas) entorno cuidadores (vivienda)
12	12. reportar a trabajo social los usuarios de la ruta de violencias, que en la historia clinica no registra seguimiento y no tiene criterios de finalizado
13	13. participar en las auditorias que se realicen a, la rias-aatv
14	14. participar con el equipo de la rias-aatv para realizar analisis de casos de diferentes tipos de violencia con el fin de retroalimentar el proceso en gestion
15	15. asistir a las reuniones internas y externas, de acuerdo a las indicaciones y solicitudes que realice la direccion de urgencias.
16	16. agendamiento de citas por medicina general para usuarios victimas de violencias
17	17.presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencia que se puedan presentar.
18	18.consolidar, informacion requerida para la debida presentacion de los indicadores
19	19. participar en visitas a las unidades de salud y ambulancias para vigilancia y control del kit de codigo blanco y ataque con agente quimico
20	20. tener en cuenta los criterios para finalizar casos de violencia sexual (o cierre de caso) segun protocolo de violencia sexual y manual de gestion social y familiar
21	21.las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**82916966**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL EPS	16/01/2025	$ 163.200
PENSIÓN:	PORVENIR	16/01/2025	$ 208.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	16/01/2025	$ 31.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 403.900

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: 1193550931 de Bogota
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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-A-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 2063 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**02/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**8,547,840**					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**8,547,840**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**2,136,960**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	**1**	**N° CRP INICIAL:**	6623	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		**1**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**3 Meses y 28 dias**					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**82916966**		**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 – PRÓRROGA):**		**ADICION 0**	**PRORROGA 0**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**		
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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:DIRECTOR DE URGENCIAS** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:DIRECTOR DE URGENCIAS**

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: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**Tatiana Alexandra Moreno Moreno**	**CC:**	**1193550931**
		RUT (NIT):	**N/A**
CORREO ELECTRÓNICO:	tatis042016@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3136838851**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur**	**CIUDAD:**	**Bogota**

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

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**055048410005406**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2063 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	6623	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 Meses y 28 dias**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**02/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 8.547.840**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025**					
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 de Bogota
cel: 3136838851

compensar | miplanilla.com

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		
UNICA	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	
2025-01	2025-01	I		83415860	$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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

compensar | miplanilla.com

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-01	2025-01	I		83415660	TOTAL A PAGAR	
					$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Nulidad	Pensionado	Cotiza Subsidio	Extranjero	IGE	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1193550931	MORENO MORENO TATIANA ALEXANDRA	59	0			N																	220301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

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