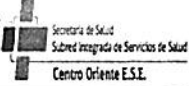


198

 <div>SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.027.523.171			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 4194 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 10.684.800		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		TRES (3) Y VENTISIETE (27) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 10.684.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.203.740	
Nº DE INFORME:		I		Nº CRP:		7477	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) Y VENTISIETE (27) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:		V	
				CRP DE LA ADICIÓN:		7477	
				TIEMPO PRORROGA DO:		0	
III. POLIZAS							
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
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)							
ITEM							
1	1. recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad						
2	2. controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.						
3	3. orientar a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento						
4	4. realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud						
5	5. notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.						
6	6. informar al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.						
7	7. realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados						
8	8. realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucio 1995/1999, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.						
9	9. cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales						
10	10. responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil						
11	11. el seguimiento de inventario se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes						
12	12. aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato						
13	13. realizar la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente.						
14	14. reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.						
15	15. recibir y entregar al paciente con el profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.						
16	16. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño						
17	17. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.						
18	18. impartir educacion al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.						
19	19. mantener la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes						

20	20. ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	21. realizar la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad.
22	22. recibir y entregar las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
23	23. conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
24	24. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
25	25. conocer y cumplir con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente
26	26. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
27	27. las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83131451	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	20/01/2025	\$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	20/01/2025	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	20/01/2025	\$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 402.200

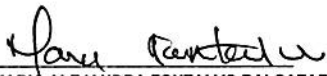
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

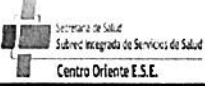
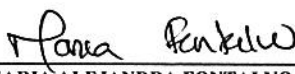
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor 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.

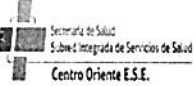
VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente


MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR
 CC: 1.027.523.171
 CEL: 301 718 20 59

		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:		MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR			CC:	1.027.523.171	
CORREO ELECTRÓNICO:		FONTALVOBALCAZAR@GMAIL.COM			RUT (NIT):	1027523171	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 41B BIS 4-69			TELÉFONO:	3017182059	
					CIUDAD:	BOGOTA 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				()			
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							
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)		BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91223009471
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 4194 2025	Nº CDP:	8	Nº. RP:	7477	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MES , 27 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10.684.800	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 03/01/2025 AL 31/01/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	2.203.740						
	DOS MILLONES DOS CIENTOS TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS MCTE						
 MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR C.C. 1.027.523.171 Bogota D.C. CEL: 301 718 20 59							

<div><div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</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		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.027.523.171		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4194 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		10.684.800	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO		\$ 10.684.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.203.740	
N° PAGO / N° DE INFORME:		1		N° CRP INICIAL: 7477 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 8	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) Y VENTISIETE (27) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		83131451		OPERADOR: MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		N° (0)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NA	
N° DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
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 (03/01/2025) AL (31/01/2025)					
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 COD 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO			

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS017	Farmisana EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	162.500	1

Código AFP	Nombre	NT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14												1
	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Obligatoria	Sistemas	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	No. Afiliados
			No. Autorización	Incapacidades										
14-23	Positiva Seguros	860001153-6	31/700				31/700	0	0	31/700			317	31/700

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

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				

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
SEHA	0	0	0
TOTALES	3	402 200	402 200

