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** **FECHA: 2024-09-16**

179

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAN							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.016.006.327			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5808 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**10/12/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 2.011.404	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		**TREINTA (30) DIAS**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 3.828.156	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.935.706			
N° DE INFORME:	**2**	**N° CRP:**	**51006**	**N° CDP:**	**4124**		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**UN (1) MES Y VEINTITRES (23) 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							
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	**$** 1.816.752	**CDP DE LA ADICIÓN:**	36	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	**VEINTITRES (23) DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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				**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	Preste servicios 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	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
3	Garantice 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	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 Pre hospitalaria.
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, 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	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar 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	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE
8	Porte 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	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Implemente las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.
11	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.

13	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el 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 aseguradora
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Tramite 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.
20	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024 dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1068675241**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	11/01/2025	$ 163.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	11/01/2025	$ 208.600
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	COMPENSAR	11/01/2025	$ 26.100
TOTAL PAGADO			$ 397.700

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

DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAN
CC: 1016006327
CEL: 3105806148

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**	**CODIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAN**		**CC:**		1016006327
			RUT (NIT):		1016006327 -1
CORREO ELECTRÓNICO:	ANA.ZOID1987@HOTMAIL.COM		**TELÉFONO:**		3105806148
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 135 N°17 - 84		**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			( )		
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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550484100053418**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 5808 2024**	**N° CDP:**	**36**	**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTITRES (23) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/01/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 3828156**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)						**$ 1.935.706**
	UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SEIS PESOS M/CTE					

DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAN
CC: 1016006327
CEL: 3105806148

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-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAN**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.016.006.327**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5808 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**10/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.011.404,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.828.156,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.935.706
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:**	**51006**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**4124**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTITRES (23) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1068675241**		**OPERADOR:**		**SIMPLE**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -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								
N° DE MODIFICACIÓN:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.816.752	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**36**	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTITRES (23) DIAS	
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	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			

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 articulo 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 (01/01/2025) 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 CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ** **PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH**

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-01-11, 04:51:24 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016006327
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068675241
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1188338011
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 397.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 208.000	$ 600
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 162.500	$ 500
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 100
			SubTotales:	$ 396.500	$ 1.200
			Total a Pagar:		$ 397.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!