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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
AMANDA LUCIA RESTREPO ECHEVERRY					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**51.965.230**				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1086 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/1/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7.686.264**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.686.264**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.921.566**
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**	4476	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES 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:**	
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:**	
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:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
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	**Se realizaron actividades acordadas con el supervisor de contrato para el mes de Enero**
2	**Se realiza control de signos vitales de los pacientes cronicos asignados según orden medica registrandola en formato de control de tension para el mes de Enero a libre demanda.**
3	**Se Oriento a los pacientes para los procedimientos, ordenes enviadas desde consulta externa en el mes de Enero**
4	**Se realizo actividades desde enfermeria previniendo a los pacientes de consulta externa sobre acciones inseguras en el mes de Enero**
5	**Se realiza notificacion de acciones inseguras durante el servicio en el mes de Enero**
6	**Se informa a los medicos y enfermeras de turno sobre los cambios y ordenes enviadas desde consulta externa en el mes de Enero**
7	**Se realiza revision de las historias clinicas para verificacion de evoluciones, ordenes, diagnosticos y folios para el mes de Enero**

8	Mantener la unidad de esterilizacion en orden y limpia para el mes de Enero
9	Verificacion de historias clinicas subidas de manera oportuna durante las consultas del mes de Enero
10	Se realiza protocolo de bioseguridad, higiene de manos y verificacion de desinfeccion de esterilizacionpara el mes de Enero
11	Se responde por los inventarios de esterilizacion, conservacion y uso adecuado de los biomedicos y equipos en el mes de Enero
12	Se realizan los procedimientos, protocolos con normas para el proceso de esterilizacion para el mes de Enero
13	Se asiste reuniones, capacitaciones y asistencias tecnicas de estadistica, apoyo, agendas, pruebas de dinamica programas para el mes de Enero
14	Se realizan desinfecciones de esterilizacion de acuerdo a los protocolos institucionales para el mes de Enero
15	Se realizan actividades conforme a las normas, reglamentos y necesidades del servicio en el mes de Enero
16	REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE ENERO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068698260	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	18/1/2025	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	18/1/2025	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/1/2025	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

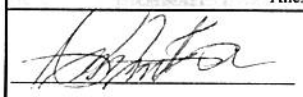
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



AMANDA LUCIA RESTREPO ECHEVERRY
CC:51965230
CEL:3144088926

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/1/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	AMANDA LUCIA RESTREPO ECHEVERRY	**CC:**	51965230
		RUT (NIT):	51965230-4
CORREO ELECTRÓNICO:	RESTREPOECHEVARRIAMANDALUCIA@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3144088926
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 15ª #8-65 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 1.2.4.

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**99652645662**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1086 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	4476	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/4/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7,686,264**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/1/2025 AL 31/1/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.921.566**
	UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTIÚN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

AMANDA LUCIA RESTREPO ECHEVERRY
C.C51965230
cel: 3144088926

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AMANDA LUCIA RESTREPO ECHEVERRY
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.965.230

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1086 2025			FECHA INICIO CONTRATO	1/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.686.264				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.686.264			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.921.566
N° PAGO / N° DE INFORME:	(1 de 1)	N° CRP INICIAL:	4476	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068698260			OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LOS ALPES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				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:	
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	XX
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX

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 (01/1/2025) AL (31/1/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.**
	EDISON SANCHEZ QUINTERO **PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS**

JEIDY PAOLA PARADA SUAREZ

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	2025-01-18, 02:09:55 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	AMANDA LUCIA RESTREPO ECHEVERRY
CEDULA CIUDADANIA	CC 51965230
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8839751920 / 1068698260
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 404.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 1.400
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 162.500	$ 1.100
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 31.700	$ 200
		SubTotales:		$ 402.200	$ 2.700
		Total a Pagar:			$ 404.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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!