143 V

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.023.004.795 |

**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 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 5793 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:** | | $ 1.546.402 |
| **N° DE INFORME:** | **2** | **N° CRP:** | **50968** | **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<br>(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:** | 9479793872 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 17/01/2025 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 17/01/2025 | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | | | |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 370.500 |

**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

Paola Yepes

**YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON**
**CC: 1023004795**
**CEL: 3203721133**

| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON** | | **CC:** | | 1023004795 |
| | | | **RUT (NIT):** | | 1023004795 - 1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | YERALDINEYEPES@GMAIL.COM | | **TELÉFONO:** | | 3118686745 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CLL 77 SUR 63 INT 1 | | **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 de 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** | **Nº CUENTA:** | | **462870045400** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5793 2024** | **Nº CDP:** | **36** | **Nº. 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)** | | | | | | **$ 1.546.402** |
| | **UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS M/CTE** | | | | | |

Paola Yepes

**YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON**
**CC: 1023004795**
**CEL: 3203721133**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.023.004.795** | | |
| **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 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 5793 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:** | $ 1.546.402 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 2 | **N° CRP INICIAL:** | **50968** | **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:** | **9479793872** | | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** | |
| **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 – PRÓRROGA):** | | | | 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 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 ( 01/01/2025) AL (31/01/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | FERNANDO<br>**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | milanes<br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ**<br>**PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023004795 | | YEPES ARAGON GERALDINE PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 77 sur n°14-63 int 1 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7517596 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1201134453 | 9479793872 | I | 2025/01/14 | 2025/01/17 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $370,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208.000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $370,500 | $0 | $0 | $370,500 |