Secretaría Distrital 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**

204

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**1.000.336.466**			
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 5723 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**9/12/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**2.078.451**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TREINTA Y UN (31) DIAS**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**3.895.203**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**2.206.056**
N° DE INFORME:	**2**		**N° CRP:**	**50910**	**N° CDP:**	**4124**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**		**1**
VALOR ADICIONADO	**$ 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)	
1	Preste servicios como auxiliar de enfermeria para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria, en el marco de los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion de servicios de salud vigente.	
2	Estuve presente en el momento de las entregas y recibos de turno, registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulacion para el desarrollo del objeto.	
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clinica del Programa de Atencion Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, ademas de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clinica.	
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atencion dado por la Direccion Centro Regulados de Urgencias y Emergencias (DUES), gararantizando la oportunidad y continuidad de la atencion durante los procesos de atencion, cumpliendo con los procedimientos de guias y protocolos de la Subred Centro Oriente, para la atencion de pacientes en el Programa de Atencion Prehospitalaria	
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programacion de actividades, con registros de novedades, ademas de el, las necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la movil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomedicos asignados al Programa de Atencion Prehospitalaria	
6	Di un correcto uso a los elementos tecnologico (celular institucional, tablet), asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivios para mantener comunicación efectiva y oportunida con el lider de la unidad funcional o con quien el lo designe.	
7	Verifique el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificacion por el CRUES	
8	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a los establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como contratista OP 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 monitorizacion y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfeccion de los vehiculos de emergencia.	
11	Realice informe y registro oportuno de datos criticos.	
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.	

13	Adopte los procesos, procedimientos, guias, 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, condidencialidad de la informacion que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomedicos al area respectiva cuando los vehiculos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Aplique las politicas de calidad de la institucion participando activamente en los procesos del sistema de gestion de calidad insitucional.
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institucion.
19	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informes de cuentas de cobro, certificados de pago de aporte de seguridad social y demas soportes, para el pago de mis honorarios
20	Realice las demas actividades asisgnadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto contractual y la ejecucion del Convenio 6677277-2024 APH dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato, contenidad en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478631455	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	20/01/2025	$ 162.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	20/01/2025	$ 208.400
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 371.300

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

Lorena Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO
C.C: 1.000.336.466
CEL: 3144251530

	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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO	CC:	1.000.336.466
		RUT (NIT):	1000336466-1
CORREO ELECTRÓNICO:	lorenasierra1404@gmail.com	TELÉFONO:	3144251530
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8A 42A 14 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 1.2.4.1.6 y parágrafo

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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24120181962

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5723 2024	Nº CDP:	36	Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 3.895.203
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)						$ 2.206.056
	DOS MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

Corena Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO
C.C 1000336466
CEL: 3144251530

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	**JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.000.336.466**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 5723 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**9/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	2.078.451			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	3.895.203	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	2.206.056
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:** 50910	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478631455	**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 MODIFICACION:	1	**TIPO DE MODIFICACION (ADICION – 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 POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA POLIZA		**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:	**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**

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 1000336466		JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO	INDEPENDIENTE	Principal	CRA 84 # 42 A 14 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3195197093	No

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	1203931495	9478631455	I	2025/01/17	2025/01/20	NEQUI	3	$371,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$400	$0	$208,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				**1**	**$370,500**	**$800**	**$0**	**$371,300**

2025/01/18 11:04 AM