



5	5. Realizar tratamiento, seguimiento a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes.
6	6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.
8	8. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
9	9. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10	10. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
11	11. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
12	12. Participar en la programación de actividades del servicio.
13	13. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
14	14. Apoyar a la entidad en las actividades que se demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
15	15. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
16	16. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Página 3 de 4125 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.
17	17. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
18	18. Apoyar las actividades de docencia en el servicio u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.
19	19. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
20	20. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
21	21. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
22	22. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
23	23. Cumplir con el uso adecuado de los elementos de protección personal y aplicar las normas del manual de bioseguridad de la Subred.
24	24. Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor. 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:	<b>83338473</b>	OPERADOR:	<b>MI PLANILA.COM</b>
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 184,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 236,100
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 36,000
OTRO	CAJA DE COMPENSACION		\$ 8,900
TOTAL PAGADO			<b>\$ 465,500</b>

**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 ítem se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scopp 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)

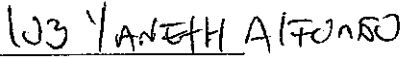
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Yaneth Alfonso R.

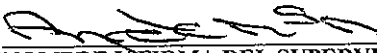
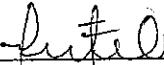
LUZ YANETH ALFONSO ROJAS

CC: 35251781

CEL: 3214281993

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6		
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)</b>						
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LUZ YANETH ALFONSO ROJAS			<b>CC:</b>	35251781	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	YAYANETH@HOTMAIL.COM			<b>RUT (NIT):</b>	35251781	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CR 77 19 87			<b>TELÉFONO:</b>	3214281993	
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024:						
NO tomaré costos y deducciones				<input checked="" type="checkbox"/> (X)		
SI tomaré costos y deducciones				<input type="checkbox"/> ( )		
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						
Régimen 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 ( X )      NO ( )		
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	SCOTIABANK COLPATRIA		<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	500101043
<small>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)</small>	DAVIVIENDA					
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 3053 2025	<b>Nº CDP:</b>	4974	<b>Nº RP:</b>	4974	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> CUATRO (4) MESES
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	01/01/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/04/2025		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14,389,248
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)</b>	\$ TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOSIENTOS NOVENTA Y SEIS					
 <b>LUZ YANETH ALFONSO ROJAS</b> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 35251781 cel: 3214281993						



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<b><u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u></b>			
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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/01/2025) AL (01/31/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b> <b>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</b> <b>CARGO:</b> <b>PROFESIONAL UNIVERSITARIA AREA DE LA SALUD</b>	
		 <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b> <b>LUISA FERNANDA FUENTES GARZON</b> <b>PERFIL:</b> <b>ENLACE OPERATIVO</b>	

