| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACION<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**

**DIANA CAROLINA ROJAS LAVERDE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1,031,127,773 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 2761 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 2/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 7.403.520 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | (4) CUATRO MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 7.403.520 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 2.140.080 |
| **Nº DE INFORME:** | 2 | **Nº CRP:** | 7084 | **Nº CDP:** | 1 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | (4) CUATRO MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES 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 (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | N/A |

| 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 actividades especificas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe, se realizaron: 222 Horas para el mes de FEBRERO 2025 |
| 2 | Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente |
| 3 | Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad |
| 4 | Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad |
| 5 | Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico |
| 6 | Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura |
| 7 | Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actiyiades programadas en el mes |
| 8 | Se realizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas en el mes |
| 9 | Se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo |
| 10 | Se cumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad |
| 11 | Se partieipo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes |
| 12 | Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion |
| 13 | Se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas |
| 14 | Se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo |
| 15 | El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido |
| 16 | Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura |
| 17 | Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico |
| 18 | Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales |
| 19 | Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes |
| 20 | Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales |
| 21 | Se realizaron los registro de las actiyiades de la Hoja de ruta del camillero |
| 22 | Se ejecutaron las actividades programadas para el de de acuerdo a las competencias |
| 23 | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes |
| 24 | se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta |
| 25 | se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos) |
| 26 | se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred |
| 27 | se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion de las actividades |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 83923729 | | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | FAMISANAR | 10/02/2025 | $ | 178.000 | |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 10/02/2025 | $ | 227.800 | |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 10/02/2025 | $ | 34.700 | |
| **OTRO** | | | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | | $ 440.500 | |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1 - Que desarrolle 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente |

Diana C. Rojas L

NOMBRE: DIANA CAROLINA ROJAS LAVERDE
C.C: 1031127713
TEL: 3133165089

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | DIANA CAROLINA ROJAS LAVERDE | **CC:** | 1031127773 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | dianac.rojas90@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3133185089 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | XXXXXXXX | **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 paragrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

| | | |
|---|---|---|
| **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 ( ) | 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:** | 550008300823856 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 2761 2025 | **Nº CDP:** | | **Nº. RP:** | 7084 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 2/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 30/04/2025 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7403520** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 2.140.080 | | | | | |
| | DOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL OCHENTA PESOS M/CTE | | | | | |

Diana C. Rojas L.

**DIANA CAROLINA ROJAS LAVERDE**
**1031127773**
**3133185089**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>FECHA: 2024-09-16 |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

## DIANA CAROLINA ROJAS LAVERDE

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1,031,127,773**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 2/01/2025 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 7.403.520 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.140.080 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 2 | **N° CRP INICIAL:** | 7084 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | (4) CUATRO MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 83929729 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | ENFERMERIA | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATALY DUQUE SALAZAR | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION 0 | PRORROGA 0 |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **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)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 autorizo 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 ejecucion de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presento 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 **( 01/02/2025) AL (28/02/2025)**

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NATHALY DUQUE SALAZAR**<br>**Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria**<br><br>**MARCELA TRIVIÑO CORTES**<br>**Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1031127773 | DIANA CAROLINA ROJAS LAVERDE | diagonal 67 b sur # 28 - 21 | 3133185084 | dianacrojas90@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | 1 | 10/02/2025 | 83929729 | $440.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860307350-5 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 440.500 | 440.500 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información