| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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** | | | | | |
| **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **36.728.790** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2876 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **1/01/2025** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 14.389.248** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **CUATRO ( 4 ) MESES** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 14.389.248** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 3.597.312** | |
| **Nº DE INFORME:** | **Nº 03** | **Nº CRP:** | **4877** | **Nº CDP:** | **1** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **CUATRO ( 4 ) MESES** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **2LV HOSPITAL LA VICTORIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** | | **PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA** | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | **N/A** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **(NUMERO)** | **PRORROGAS** | **(NUMERO)** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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:** | |
| **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** |
|---|---|---|---|---|

| **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 | Realizar procedimientos de Terapia Física en hospitalización, urgencias y consulta externa procurando el mejoramiento de la salud del paciente |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. |
| 5 | Realizar tratamiento, seguimiento a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes |
| 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 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes |

| | |
|---|---|
| 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 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. |
| 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 | 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 | Participar en la programación de actividades del servicio. |
| 13 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. |
| 14 | Apoyar a la entidad en las actividades que se demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. |
| 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 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS- S-EAPB. |
| 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 | 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 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. |
| 20 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. |
| 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 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. |
| 23 | Cumplir con el uso adecuado de los elementos de protección personal y aplicar las normas del manual de bioseguridad de la Subred. |
| 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. |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1069864636 | **OPERADOR:** | PAGO SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 14/02/2025 | $ 179.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 14/02/2025 | $ 230.300 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 14/02/2025 | $ 35.100 |
| OTRO | CAFAM | 14/02/2025 | $ 28.800 |
| TOTAL PAGADO | | | $ 474.100 |

## 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

NINI CASALINS

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL**
**CC: 36728790**
**CEL.: 3118113126**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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 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 | NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 36.728.790 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2876 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 1/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ | | | | 14.389.248,00 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 14.389.248,00 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 3.597.312,00 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | ( 3 ) | N° CRP INICIAL: | 4877 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 1 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO ( 4 ) MESES | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 1069864636 | | OPERADOR: | PAGO SIMPLE | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | ANGELA MARIA MENDOZA MESA | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 16 | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° ( ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION ( ) | PRORROGA ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | (MESES O DIAS ) |

| III. POLIZAS (SI APLICA) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | | SI | | NO | X |
| | | | | | |
| | | | | | |

**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 ( 01/03/2025) AL (31/03/2025)**

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**<br>**CARGO:**<br>**LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**LUISA FERNANDA FUENTE GARZON**<br>**PERFIL:**<br>**ENLASE OPERATIVO** |

# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-02-17, 04:05:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069864636

**Periodo Cotización:** febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822826547

**PAGADO 14/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

## APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| | NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL | | |
| | CC36728790 | **Dirección** | TV 96 #20 D - 70 CASA 21 |
| ia | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3118113126 |
| | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| Legal | | **Identificación** | |
| | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## L APORTANTE

| del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| os y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| A CASALINS | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.438.924 | $ 230.300 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.438.924 | $ 179.900 | 2,436 | $ 1.438.924 | $ 35.100 | (CCF21) CAFAM | $ 1.438.924 | $ 28.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 474.100 |

| IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.438.924 | $ 1.438.924 | $ 1.438.924 | $ 230.300 | $ 179.900 | $ 35.100 | $ 28.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 474.100 | $ 0 | $ 474.100 |



vicio 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos