

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> <div> <p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p> </div> </div>					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
HEIDY OSCIRIS PALACIOS VIGOVERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				52.363.391	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 2934 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:	\$ 3.934.560	
Nº DE INFORME:	3		Nº CRP:	4902	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 ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		x
Nº 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)				
1	1. Realizar procedimientos de Terapia Respiratoria en hospitalización, urgencias, Sala ERA Y consulta externa procurando el mejoramiento de la salud del paciente				
2	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	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	4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.				
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
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 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.

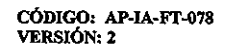
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	84880574	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	10/03/2025	\$	187.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/03/2025	\$	240.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/03/2025	\$	36.600
OTRO	COMPENSAR CCF	10/03/2025	\$	9.000
TOTAL PAGADO			\$	473.100

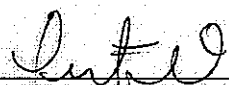
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.	
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)	
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo socop 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)	
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	

Herdy Palacios
HERDY OSCIRIS PALACIOS VIGOYA
C.C 52.363.391
CEL: 3187271404

 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	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/3/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	HEIDY OSCIRIS PALACIOS VIGOYA	CC:	52363391
CORREO ELECTRÓNICO:	HEIDY.FISIO@GMAIL.COM	RUT (NIT):	52363391-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 14 B 28 45 SUR	TELÉFONO:	3187271404
		CIUDAD:	BOGOTÁ
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			
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESELEGABLE)		Nº CUENTA:	8380402134
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 2934 2025	Nº CDP:	1
		Nº. RP:	4902
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
		CUATRO (4) MESES	
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	
		\$ 14.389.248	
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/3/2025 AL 31/3/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 3.934.560		
TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS			
 HEIDY OSCIRIS PALACIOS VIGOYA C.C 52.363.391. CEL: 3187271404			



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/3/2025) AL (31/3/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: ANGELA MARIA MENDOZA MESA CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA FUENTES GARZON PERFIL: ENLACE OPERATIVO	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52353391	HEIDY OSCIRIS PALACIOS VIGOTA	Calle 14 B No 29-45 Sur	4787569	hedy.fisio@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	ND			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLERADOS	UPC			
					1	0			
PERÍODO SALUD					TOTAL A PAGAR				
2025-02					9480574				
2025-02					9473.100				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS008	Compensar EPS	880068942-7	187.500	0			0	0	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								187.500	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aporte FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0	0	240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-7	Seguros Bolívar S.A.	880002503-2	38.600			38.600	0	0	386	38.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	880068942-7	9.000	0	0	9.000	1

TOTALES PARAFISCALES				TOTALES POR SUBSISTEMA			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Administradora Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
0	0	0	0	Salud	1	187.500	187.500
0	0	0	0	Pensión	1	240.000	240.000
0	0	0	0	Riesgos Laborales	1	38.600	38.600
0	0	0	0	CCF	1	9.000	9.000
0	0	0	0	ESAP	0	0	0
0	0	0	0	ICBF	0	0	0
0	0	0	0	MEN	0	0	0
0	0	0	0	SENA	0	0	0
				TOTALES	4	473.100	473.100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	52363381	HEDY OSCIRIS PALACIOS VIGOTA	Calle 14 B No 28-45 Sur
			TELEFONO
			4797369
			CORREO
			hedy.vigo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	1 - Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
			NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2025-02	2025-02		
		NÚMERO PLANILLA	04680574
		TOTAL A PAGAR	\$473.100

DETALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										INFORMACIÓN COTIZANTE									
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES										INFORMACIÓN COTIZANTE							
				NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD
1	CC	52363381	PALACIOS VIGOTA HEDY OSCIRIS																		

INFORMACIÓN NOVEDADES										INFORMACIÓN COTIZANTE											
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES										INFORMACIÓN COTIZANTE							
				NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD	NOVEDAD		
1	CC	52363381	PALACIOS VIGOTA HEDY OSCIRIS																		