**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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | | |
| **LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO** | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | 33.367.543 | | | |
| **I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH" | | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 5753 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **09/12/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 6.929.771** | | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **TREINTA Y UN (31) DIAS** | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 28.130.111** | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 7.355.220** | |
| **N° DE INFORME:** | **4** | | **N° CRP:** | **50929** | **N° CDP:** | **4123** | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | **3** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **3** | **PRORROGAS** | **2** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 6.057.240** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **36** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **7578** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **VEINTITRES (23) DIAS** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 13.412.460** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **326** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **10341** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **DOS (2) MESES** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.730.640** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **240** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **10342** | **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 | Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente. |
| 2 | Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. |
| 3 | Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia). |
| 4 | Realice la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 5 | Realice las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención. |
| 6 | Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 8 | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 9 | Vele por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria. |
| 10 | Realice informe y registro oportuno de datos críticos. |
| 11 | Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad. |
| 12 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. |
| 13 | Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |

| | |
|---|---|
| 14 | Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. |
| 15 | Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 16 | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. |
| 17 | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos. |
| 18 | Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin. |
| 19 | Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. |
| 20 | Respondi y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. |
| 21 | Di uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes. |
| 22 | Realice el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF |
| 23 | Efectue el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos. |
| 24 | Realice el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. |
| 25 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. |
| 26 | Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. |
| 27 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024 |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 7960284792 | **OPERADOR:** | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 17/03/2025 | $ 347.400 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 17/03/2025 | $ 444.600 |
| RIESGOS LABORALES: | | | |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 792.000 |

**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

Liliana Andrea Gomez Niño.

**LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO**
**CC: 33367543**
**CEL: 3148696641**

| | | |
|---|---|---|
| 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** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO** | **CC:** | 33367543 |
| | | **RUT (NIT):** | 33367543 - 3 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | LILIANAGOMNI@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3023771791 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 54C SUR 881 71 | **CIUDAD:** | BOGOTÁ D C |

**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** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **450700089078** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5753 2024** | **N° CDP:** | **240** | **N°. RP:** | **10342** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **09/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/03/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 28.130.111** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$ 7.355.220**<br>**SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE** | | | | | |

Liliana Andrea Gomez Niño

**LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO**
**CC: 33367543**
**CEL: 3148696641**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<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** | **LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 33.367.543 |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH" | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5753 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **09/12/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | **6.929.771,00** | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | **28.130.111,00** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 7.355.220 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **4** | **N° CRP INICIAL:** | **50929** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **4123** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **7960284792** | | **OPERADOR:** | | **SOI** |
| **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 MODIFICACIÓN:** | **3** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (3) | PRORROGA (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 6.057.240** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **36** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **7578** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **VEINTITRES (23) DIAS** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 13.412.460** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **326** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **10341** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **DOS (2) MESES** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.730.640** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **240** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **10342** | **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 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 **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>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ**<br>**PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 33367543 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA ANDREA GOMEZ NINO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 22 # 9-35 APTO 403 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7960284792** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1338527656 |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 444.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 444.600** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 347.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 347.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 789.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 792.000** |

Planilla Pagada