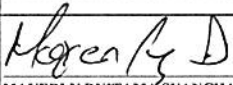
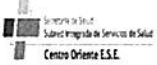
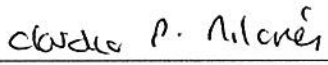


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MAYERLY DUITAMA SUANCHIA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.033.766.644		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5727 2024 ✓		FECHA INICIO CONTRATO	
				09/12/2024 ✓	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.078.451 ✓		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TREINTA Y UN (31) DIAS ✓	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 7.918.011 ✓		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.097.916 ✓	
N° DE INFORME:		4 ✓		N° CRP:	
				50914 ✓	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS		N° CDP:	
				4124 ✓	
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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2 ✓		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752 ✓		CRP DE LA ADICIÓN:	
				36 ✓	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808 ✓		CRP DE LA ADICIÓN:	
				326 ✓	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				10316 ✓	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				VEINTITRES (23) DIAS ✓	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES ✓	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		FECHA DE LA PÓLIZA	
				FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	Preste servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.				
2	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.				
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.				
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.				
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.				
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.				
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE				
8	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.				
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
10	Implemente las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.				
11	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.				
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.				
13	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.				

14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	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.
20	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 -2024 dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 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:	4591518562
OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	FAMISANAR
PENSIÓN:	COLFONDOS
RIESGOS LABORALES:	SURA
OTRO	COMPENSAR
TOTAL PAGADO	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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	
 MAYERLY DUITAMA SUANCHÁ CC: 1033766644 CEL: 3123388085	

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION 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: (31/03/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		MAYERLY DUITAMA SUANCHÁ			CC:		1033766644
CORREO ELECTRÓNICO:		mayerli_14_15@Hotmail.com			RUT (NIT):		1033766644 - 1
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Calle 60c sur # 18-33			TELÉFONO:		3123388085
					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:		BANCO DE BOGOTÁ		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							447288382
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS5727 2024	Nº CDP:		326	Nº. RP:	10316
FECHA DE INICIO CONTRATO		09/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		S 2.097.916					
		DOS MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE					
<div> MAYERLY DUITAMA SUANCHÁ CC: 1033766644 CEL: 3123388085</div>							

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MAYERLY DUITAMA SUANCHA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.766.644		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5727 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		2.078.451,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		7.918.011,00	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$		2.097.916	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		50914		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
4124		TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		4591518562		OPERADOR:	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		SOI			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -2024 "APH"			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752		ADICION (2)	
CDP DE LA ADICIÓN:		36		PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808		TIEMPO PRORROGADO:	
CDP DE LA ADICIÓN:		326		VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
CDP DE LA ADICIÓN:				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
CDP DE LA ADICIÓN:					
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
CDP DE LA ADICIÓN:					
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA					
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	
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 (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: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH			



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CIUDAD/MUNICIPIO DIRECCIÓN TIPO APORTANTE FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEPA E CDF (REFORMA TRIBUTARIA)	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL AC 60 G 17-44 SUR DEPARTAMENTO TELEFONO CLASE APORTANTE PRIMARIO UNICO	NÚMERO PLANILLA 4391518562 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD 2025 NÚMERO AUTORIZACIÓN 20250317	MESES MAYO AÑO 2025
MATERIA DUTAMA SUANCHA BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL INDEPENDIENTE Servicio de seguros sociales de salud		FECHA PAGO (AAAA-MM-DD)	

TOTAL APORTES A PENSION									
ADMINISTRADORA		NÚMERO APORTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	231001-COL-FONDOS	EMPLEADOR	0	COTIZANTE	0	SOLIDARIDAD	0	COTIZACIÓN	0
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		NÚMERO APORTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	FPS017-FAMISANAR	EMPLEADOR	0	COTIZANTE	0	SOLIDARIDAD	0	COTIZACIÓN	0
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		NÚMERO APORTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	14-11-AHL-SURA	EMPLEADOR	0	COTIZANTE	0	SOLIDARIDAD	0	COTIZACIÓN	0
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
ADMINISTRADORA		NÚMERO APORTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	CCF34-COMPENSAR	EMPLEADOR	0	COTIZANTE	0	SOLIDARIDAD	0	COTIZACIÓN	0
SUB-TOTALES:									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
SEGURIDAD SOCIAL									
NOVEDADES									
PARAFISCACIONES									
TOTAL PAGADO: \$ 470.700									

