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 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						
CAROLINA ROJAS SUAREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.163.433			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1988 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		3 MESES Y 28 DÍAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.684.800			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.203.740
N° DE INFORME:	N°04	**N° CRP:**	6557	**N° CDP:**	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES Y 28 DÍAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**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:**	

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**			NA

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)**
	SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN UNIDA DE SAN BLAS TOTAL HORAS 198
1	Cumplí y hacer cumplir las guias, procedimientos y demas documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (sissco) e.s.e
2	Recibí en la plataforma del software sirc las solicitudes de, las diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	Entregué turno con registros como estrategia para fortalecer la transicion segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo sirc y/o plataforma excel
4	facilité y direccionél traslado de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud, de acuerdo a las condiciones clinicas y administrativas de cada usuario
5	articulé las solicitudes de las unidades que componen la sissco y otras ips externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada
6	realicé seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapeutico de indole hospitalario
7	solicité los documentos necesarios para los traslado o remision segura
8	facilité de acuerdo a las listas de chequeo establecidas la articulacion con los diferentes actores de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. de acuerdo a los niveles de atencion y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios.

9	direccioné la ambulancia con la tipologia requerida (tab-tam) por via telefonica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar telefono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado.
10	priorice los despachos de urgencias vitales de acuerdo al cuadro clinico o diagnostico. como criterio especial de traslado no requiere aceptacion en la unidad destino.
11	conocí el portafolio de servicios y cumplí la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
12	revicé el correo institucional las veces que sea necesario con el objetivo de encontrar informacion autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el sgsss
13	utilicé el telefono institucional para tramites dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. 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
14	comenté los pacientes en tramite de remision de las diversas ips, erp y entes de control a nivel nacional con el lider de gobierno clinico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptacion o negacion. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo sirc
15	cerré bitacoras de los pacientes comentados a la sissco, deben ser culminadas en el aplicativo sirc en menos de 24 horas.
16	realicé la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad
17	recibí y entregar las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad
18	cumplí la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.
19	utilicé el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
20	conocí y cumplí con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
21	asistí y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
22	utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
23	cumplí con las actividades descritas en el manual de referencia de la sissco

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**5166953009**	**OPERADOR:**	**SOI**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**FAMISANAR**	**9/04/2025**	**$**	**178.200**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/04/2025**	**$**	**228.000**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	**9/04/2025**	**$**	**34.800**
OTRO				
	TOTAL PAGADO			**$ 441.000**

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 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 período correspondiente

Carolina Rojas Suárez

CAROLINA ROJAS SUAREZ
CC: 52163433
CEL: 3228849458

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 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: (30-04-25)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROLINA ROJAS SUAREZ	**CC:**	52163433
		RUT (NIT):	52163433-4
CORREO ELECTRÓNICO:	karenrojas24@hotmail.es	**TELÉFONO:**	3228849458
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 111 BIS #72C-08	**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

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:	OTRO				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	001800208876

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

N° DEL CONTRATO:	PS 1988 2025	**N° CDP:**	1	**N°. RP:**	6557	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/04/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10.684.800**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	DOS MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE 2.203.740					

CAROLINA ROJAS SUAREZ
C.C 52163433
cel: 3228849458

198
h.

	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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			CAROLINA ROJAS SUAREZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.163.433		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1988 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				10.684.800
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.684.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		2.203.740
N° PAGO / N° DE INFORME:	N°04	N° CRP INICIAL:	6557	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	5166953009		OPERADOR:		SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	

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 ejecucion 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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Johon Jairo Rodriguez A CC 8.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52163433
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA ROJAS SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 72B N 112A 60	TELÉFONO:	4585949
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		5166953009	TIPO DE PLANILLA:		E-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0563282978

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 227.600	$ 200	$ 228.000
SUBTOTALES:										$ 227.600	$ 200	$ 228.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 178.000	$ 200	$ 0	$ 178.200
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 200	$ 0	$ 178.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 100	$ 0	$ 34.800
SUBTOTALES:									$ 34.700	$ 100	$ 0	$ 34.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
																										FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COL	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52163433	ROJAS SUAREZ CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.423.500	$ 52163433	$ 34.700	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 441.000

Planilla Pagada