	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	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.073.673.110		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (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 4197 2025			FECHA INICIO		3/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES MESES (3) VENTISIETE (27) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.684.800			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.003.400
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	7480	Nº CDP:		8
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MESES (3) VENTISIETE (27) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI			NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A		

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)
	DESARROLLE ACTIVIDADES COTRACTUALES EN TRASLADOS SECUNDARIOS CON 180 HORAS
1	Cumplí y hacer cumplir las guias, procedimientos y demas documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada
2	Recibí en la plataforma del software sirc las solicitudes de, las diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	Entregé de 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 direccionar el traslado de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de
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 índole 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 cumplir 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 sqsss.
13	Utilice 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 trámite de remisión de las diversas ips, erp y entes de control a nivel nacional con el líder de gobierno clínico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptación o negación. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el *aplicativo sirc.*
15	Las bitácoras de los pacientes comentados a la sissco, deben ser culminadas en el aplicativo sirc en menos de 24 horas.
16	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.
17	Recibí y entregar las novedades del subproceso asignado de acuerdo con lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
18	Conocí y cumplir la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.
19	Utilicé el teléfono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
20	Conocí y cumplir con las recomendaciones que la arl y/oarea de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasión a la realización 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 tecnocientificos 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.
24	las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del 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:	85123217	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/04/2025	$ 178.900
PENSIÓN:	PROTECCION	10/04/2025	$ 228.900
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 407.800

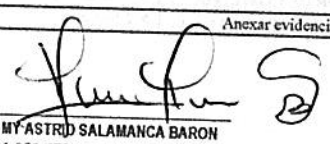
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



JEIMMY ASTRID SALAMANCA BARON
CC: 1.073,673,110
CEL: 3132751949

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: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON	**CC:**	1.073.673.110
		RUT (NIT):	14700621548
CORREO ELECTRÓNICO:	YEYES_21@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3132751949
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 1 BIS A N° 9-50	**CIUDAD:**	BOGOTA 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	( )

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

gimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de 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:**	**004800419857**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5626 2024**	**N° CDP:**	**8**	**N°. RP:**	**7480**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MES Y VENTISIETE (27) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**3/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10.684.800**
RIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR ORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.003.400**
	DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.					

EIMY ASTRID SALAMANCA BARON
C. 1.073.673.110 Bogota D.C.
l: 3132751949

180 words

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.073.673.110

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (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 4197 2025		FECHA INICIO CONTRATO		3/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	$ 10.684.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.003.400
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	N° CRP INICIAL:	7480	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	8
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MESES (3) VENTISIETE (27) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85123217	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NA	NO	NA
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		NA

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

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073673110	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON		calle 1 bis a 9-50	3338379	yeyes_21@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85123217	$407.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	7	900	0	178.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	7	1.100	0	228.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.900
Pensión	1	227.800	228.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	407.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información