

DIVANETH VILLAMIL ALARCON

1.015.996.903

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE S S E.

1/01/2025

\$ 3,372,480

1

SEIS (6) MESES

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

PROFESIONAL
UNIVERSITARIO AREA
SALUD CODIGO 237 GRADO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

DOS (2) MESES

III. POLIZAS

2

FECHA DE APROBACIÓN:

(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1

3

10

2

2

100

—

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 todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
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 Página 3 de 4125 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-E-APB
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. 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:	85874192	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANTAS	9/05/2025	\$ 193.100	
PENSIÓN:	PORVENIR	9/05/2025	\$ 247.100	
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/05/2025	\$ 37.600	
OTRO	CCF	9/05/2025	\$ 30.800	
TOTAL PAGADO			\$ 508.600	

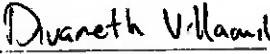
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

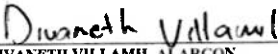
1. Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2. Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a \$MMLV (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

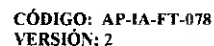
VII. ANEXOS

(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

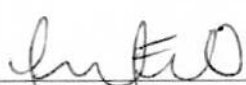

DIVANETH VILLAMIL ALARCON
C.C. 1015996903
C.E. 3154934810

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIVANETH VILLAMIL HINCAPIE			CC:	1015996903
CORREO ELECTRÓNICO:	DIVAIDS@GMAIL.COM			RUT (NIT):	1015996903-5
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA. 113 No. 143 29			TELÉFONO:	3154934810
				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 12416 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	Nº CUENTA:	471700025349
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2915 2025	Nº CDP:	1263	Nº. RP:	14798
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :
					SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 20.459.712
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	3.372.480			
TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					
<div style="text-align: center;">  DIVANETH VILLAMIL ALARCON C.C 1015996903 CEL: 3154934810 </div>					



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 (01/05/2025) AL 31/05/2025)

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: LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA FUENTES GARZON PERFIL: ENLACE CORPORATIVO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCADO Y SALUD
CC	1015989903	DIVANE TH VILLAMIL ALARCON	CRA 113 143 a 26	4981620	divade@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/ANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
2025-04	2025-04				1	0
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
						\$500,800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6
		192.500

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	Santitas EPS	800251440-6		0		0	0	0	4	600	0	193.100	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización 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
230301	Purcuer	900224608-8	246.400	0	0	0	0	4	700	0	247.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a		Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor							Favor				
14-11	ARL SURA	890903790-5	37.000				37.600	4	1000	37.7000				376	37.700	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860069942-7	30.800	4	190	30.900	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	4	0	0	0	
ICBF					
0	4	0	0	0	
ESAP					
MEN					

TOTAL ES DOB SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora
Salud	1	193 500
Pensión	1	247 400
Riesgos Laborales	1	37 600
CCF	1	30 800
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	4	508 900