

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN 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 SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.349.178		
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5789 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
10/12/2024					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.011.404		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
TREINTA (30) DIAS					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 11.201.928		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 2.009.340					
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	
50964				Nº CDP:	
4124					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		4		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		4		PRORROGAS	
4					
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752		CDP DE LA ADICIÓN:	
36				CRP DE LA ADICIÓN:	
7613				TIEMPO PRORROGADO:	
VEINTITRES (23) DIAS					
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808		CDP DE LA ADICIÓN:	
326				CRP DE LA ADICIÓN:	
10377				TIEMPO PRORROGADO:	
DOS (2) MESES					
VALOR ADICIONADO		\$ 2.011.404		CDP DE LA ADICIÓN:	
1036				CRP DE LA ADICIÓN:	
12839				TIEMPO PRORROGADO:	
TREINTA (30) DIAS					
VALOR ADICIONADO		\$ 1.339.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
1366				CRP DE LA ADICIÓN:	
16085				TIEMPO PRORROGADO:	
DIECINUEVE (19) DIAS					
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:				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)					
ITEM					
1		Se realizó la prestación del servicio 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		Garantizo la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.			
3		Se garantizó 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		Se brindo 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		Se presento cumplimiento on 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		Se garantizó el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando 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		Se realizó el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE			
8		Se garantizo el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.			
9		En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizo el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.			
10		Se realizaron los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente			
11		Se realizó el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil			
12		En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa			
13		En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.			

14	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
16	Se garantizó la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplimiento del trámite 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.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86400206	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR EPS	13/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	13/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

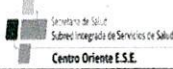
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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.

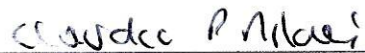
VII. ANEXOS

(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

Sonia Buitrago
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO
C.C: 52.349.178
CEL: 3108698877

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN 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: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO		CC:	52349178	
CORREO ELECTRÓNICO:	soniabuitrago13@gmail.com		RUT (NIT):	52349178-0	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 131 # 103 21		TELÉFONO:	3108698877	
			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 parágrafo 4 del decreto					
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 AV VILLAS		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					658930479
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5789 2024	Nº CDP:	1366	Nº. RP:	16085
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/05/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 11.201.928
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.009.340				
	DOS MILLONES NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: </div> <div> SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO C.C 52349178 CEL: 3108698877 </div> </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 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.349.178		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5789 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.011.404,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 11.201.928,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.009.340,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CRP INICIAL:	50964
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86400206		OPERADOR:	MI PLANILLA
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					
Nº DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (4)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.816.752	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7613
				TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10377
				TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12839
				TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.339.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16085
				TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. PÓLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº 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 01/05/2025 AL 31/05/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: 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			

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO
No. Identificación: CC52349178
Dirección: CL 131 103 21
Telefono: 6830544
Correo: soniabuitrago13@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 86400206

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52349178	Periodo de Cotización Salud	abril de 2025
Número de planilla	86400206	Periodo de Cotización Pensión	abril de 2025
Fecha pago	2025-05-13	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	1962501	Total Pagado	405800
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52349178
APELLIDOS Y NOMBRES: SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

