Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DIANA GARCIA GUZMAN					
		CON C.C Nº	52.093.686		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5675 2025		FECHA INICIO CONTRATO	5/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	2.136.960	No. HORAS EJECUTADAS	180		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	2.136.960		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	2.003.400,00
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA				

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Capacitar al personal de salud de las diferentes instituciones en la toma de muestra de TSH neonatal. (Filtros).
2	Realizar charla educativa a las maternas sobre la importancia de la toma de muestra para TSH Neonatal, en los hospitales asignados
3	Realizar confirmacion de datos a pacientes posparto, en los diferentes hospitales
4	Verificar relacion y calidad de la muestra del recién nacido en cada hospital, auditoria de toma de muestra de filtros y rechazo de los mismos.
5	Realizar visitas domiciliarias, toma de muestra de talón, en caso de que la materna no lleve al recién nacido a la nueva muestra
6	Entregar estadisticas diarias (2 veces por semana) sobre lo realizado en los diferentes hospitales asignados
7	Asistir al profesional en la realizacion de los procedimientos de laboratorio de genética con eficiencia y eficacia.
8	Realizar informes y estadisticas propias del área
9	Realizar limpieza y desinfección de áreas y equipos
10	Realizar actividades admistrativas de acuerdo a la necesidad del servicio
11	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades
12	Velar por que la atención sea humana, etica, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
13	Realizar informe de actividades finales para ser entregado y aprobado tanto por el supervisor como por el interventor.
14	Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
15	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
16	Asistir a todas las capacitaciones realizadas por la institucion y el área a la cual pertenece.
17	Aplicar las normas, guias y protocolos establecidos que garanticen la adecuada prestación del servicio de conformidad con los lineamientos institucionales.
18	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
19	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
20	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la Emidad, ademas de apoyar la implementación de los insumos.
21	Desempeñar las demas funciones relacionadas con la naturaleza de su orden de prestacion de servicios y área de desempeño.
22	Participar en la elaboración y actualizacion de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del area.
23	Mantener la reserva de la información.
24	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los documentos que se requieren en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos.
25	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor.
26	Desplazamiento entre los diferentes hospitales de las subredes del distrito (Norte, Sur Occidente y Sur), cumpliendo las actividades asiganadas para el programa de TSH neonatal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICACIONES	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:			$ 0
PENSIÓN:			$ 0
RIESGOS LABORALES:			$ 0
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 0

V. 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 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Diana Garcia Guzman DIANA GARCIA GUZMAN 52093686
FIRMA DE QUIEN VALIDA	DIANA NIÑO SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA SUPERVISOR DEL CONTRATO

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA GARCIA GUZMAN	**CC:**	52093686
CORREO ELECTRÓNICO:	garciadianita21@gmail.com	**TELÉFONO:**	3132351964
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 24 SUR # 5-26	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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 único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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:	**ITAU**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**Nº CUENTA:**	***7031721***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5675 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$ 2,136,960**	
FECHA DE INICIO CONTRATO	05/06/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025	**$ 2,136,960**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 05/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	2,003,400			

Diana Garcia Guzman

DIANA GARCIA GUZMAN
C.C52093686
Cel: 3132351964

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DIANA GARCIA GUZMAN identificado(a) con cedula ciudadanía 52.093.686 se encuentra afiliada en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20120220	NO REGISTRA

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Mayo del 2025.

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10383670

CER-AFI

Avenida Calle 26 No 66A - 48
Central telefónica - 444 1234

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA GARCIA GUZMAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52093686,** se encuentra afiliado/a desde **11/06/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de mayo de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Bogotá D.C. , 28 de mayo de 2025

Señores

A quien Interese

Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente DIANA GARCIA GUZMAN identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52093686, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 10 de Agosto de 2010 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorro Nómina	007031721	Activo

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos. costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 28 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente

Contact Center