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 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				
Tatiana Alexandra Moreno Moreno				
		CON C.C Nº	**1.193.550.931**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. "RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD - AGRESIONES, ACCIDENTES, TRAUMA Y VIOLENCIAS - RAAATV"**			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2063 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**02/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**8.547.840**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192 Horas**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**12.821.760**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**2,136,960**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**5 Meses y 28 Dias**			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**Santa Clara**		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**		

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 específicas realizadas durante el mes)
1	Participe en la socializacion y preparacion a la comunidad en los servicios de urgencias, consulta externa y ambulancias de todas las unidades de salud de la sissco, para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a la atencion integral de victimas por violencias
2	Active bitacora en plataforma sirc, de cada una de los casos de poblacion asignada registrados en la cohorte de violencias enviada por gestion del riesgo.
3	Construi en cada bitacora las veces que sea necesario la trazabilidad documental como: acercamiento realizado a las victimas de violencias, informacion radicada en historia clinica de los seguimientos realizados por los profesionales
4	Cerre el caso en la bitacora sirc, que corresponde a finalizado, cuando el motivo o criterio lo certifique
5	Semaforize en los aplicativo sirc el estado de tramite de acuerdo a los registros de la informacion aportada por: la historia clinica, seguimientos, acercamientos realizados, perdida de usuario, asi el color indica verde finalizado, amarillo en espera, rojos cancelados, marron en tramite.
6	Consulte la base de datos de la cohorte de violencias para tener en cuenta poblacion diferencial de la rias aatv como victimas de: violencia sexual, ataque por agente quimico, conflicto armado, negligencia y abandono; violencia de genero etc
7	Realice acercamiento mediante llamadas telefonicas a victimas de violencias poblacion asignada
8	Verifique en la historia clinica dhg el cumplimiento de los seguimientos medicos psicosociales correspondientes a los 5 controles que se deben realizar a las victimas de violencia sexual
9	Verifique historia clinica dhg pacientes victimas de violencia menores de 18 años se notifico al icbf.
10	Participe con el equipo de trabajo, con la implementacion de la ruta de violencias teniendo en cuenta el enfoque institucional e intersectorial.
11	Presente oportunamente a trabajadora social el listado de personas con perdida de contacto, con el fin de reportar al pic (plan de intervenciones colectivas) entorno cuidadores (vivienda)
12	Reporte a trabajo social los usuarios de la ruta de violencias, que en la historia clinica no registra seguimiento y no tiene criterios de finalizado
13	Participe en las auditorias que se realicen a, la rias-aatv
14	Participe con el equipo de la rias-aatv para realizar analisis de casos de diferentes tipos de violencia con el fin de retroalimentar el proceso en gestion
15	Asisti a las reuniones internas y externas, de acuerdo a las indicaciones y solicitudes que realice la direccion de urgencias.
16	Agende de citas por medicina general para usuarios victimas de violencias
17	Presente oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencia que se puedan presentar.
18	Consolide, informacion requerida para la debida presentacion de los indicadores
19	Participe en visitas a las unidades de salud y ambulancias para vigilancia y control del kit de codigo blanco y ataque con agente quimico
20	Tuve en cuenta los criterios para finalizar casos de violencia sexual (o cierre de caso) segun protocolo de violencia sexual y manual de gestion social y familiar
21	Las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del 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:	86873678	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL EPS	11/06/2025	$ 178.200
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA SEGUROS	11/06/2025	$ 34.800
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 441.000

V. 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.

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	Tatiana Moreno. Tatiana Alexandra Moreno Moreno CC No 1193550931
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	DOCTOR FERNANDO MONTEGRO SALCEDO- DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 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	Tatiana Alexandra Moreno Moreno	CC:	1193550931
CORREO ELECTRÓNICO	tatis042016@gamil.com	TELÉFONO:	3136838851
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur	CIUDAD:	Bogota

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)
NCO AL CUAL CONSIGN	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	*AHORROS*	N° CUENTA:	550484100054606

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 2063 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	2.136.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 al 30/06/2025		

Tatiana Moreno.

Tatiana Alexandra Moreno Moreno
C.C 1193550931 de Bogotá
Cel: 3136838851

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	1193550931	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO	Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur	3112768031	tatis042016@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86873678	TOTAL A PAGAR	
					$441.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	1

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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.000

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

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	1193550931	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO	Carrera 13 bis este # 45 A 42 sur	3112768031	tatis042016@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86873678	$441.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Principal	Cotiz. estudiante	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1193550931	MORENO MORENO TATIANA ALEXANDRA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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