 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE		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 LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA CON C.C.N° 32.769.632			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5733 2025		FECHA INICIO CONTRATO 13/06/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 11.538.200	No. HORAS EJECUTADAS 191		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 17.195.640	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 7.109.020		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS 2 MES 18 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente.		
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.		
3	Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).		
4	Realice la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.		
5	Realice las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención.		
6	Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E.		
7	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.		
8	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
9	Vele por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria.		
10	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.		
11	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.		
12	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades.		
13	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
14	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.		
15	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
16	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.		
17	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos.		
18	Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin.		
19	Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas.		
20	Respondí y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.		
21	Di uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes.		
22	Realice el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF		
23	Efectue el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.		

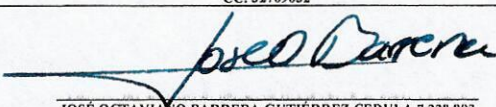
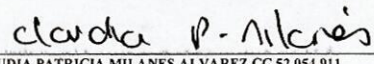
24	Realice el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
26	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred 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.
27	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024

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 debo 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	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	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 (01-08-2025) AL (31/08/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
7979784540 - 7984309885		OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	20 /07/2025 25/08/2025	\$ 225.200
PENSIÓN:	SKANDIA	20 /07/2025 25/08/2025	\$ 288.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	20 /07/2025 25/08/2025	\$ 44.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 557.500

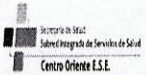
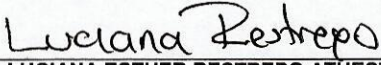
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en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

VI. ANEXOS	
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA CC: 32769632
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH

Wm. L. L. L.

Wm. L. L. L.

Wm. L. L. L.

		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: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA			CC:	32769632
CORREO ELECTRÓNICO:	LUCIANARESTREPO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3192300406
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3A 64A 16			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 párrafo 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	570008670365611
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5733 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.109.020		
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
 LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA CEDULA: 32769632 CELULAR: 3192300406					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32769632
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 53# 147A -36	TELÉFONO:	9089803
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	007 - HISTORIA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7979784540		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	9				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1714698129	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 284.800
SUBTOTAL:			1	\$ 284.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 222.500
SUBTOTAL:			1	\$ 222.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 43.500
SUBTOTAL:			1	\$ 43.500

VALOR SIN MORA:	\$ 547.500
VALOR MORA:	\$ 3.300
TOTAL PAGADO:	\$ 550.800

1. VERIFICACIÓN DE VENCIMIENTOS DE DOCUMENTOS

ITEM	NOVEDADES	NOVEDADES	NOVEDADES	NOVEDADES	NOVEDADES	NOVEDADES
EXTINTOR (BC - ABC)						
CRUCETA ACORDE A LOS PERNOS						
2 TACOS						
LINTERNA						
GATO						
2 SEÑALES REFLECTIVAS EN TRIANGULO O LAMPARAS DE LUZ AMARILLA INTERMITENTE						
Caja de HERRAMIENTA						
BOZQUIN PRIMARIOS AUXILIARIOS						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32769632
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 53# 147A -36 TELÉFONO:	9089803
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	007 - HISTORIA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7984309885	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	14	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		1724893348
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7979784540	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:
		2025/08/20

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 3.400
SUBTOTAL:			1	\$ 3.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 2.700
SUBTOTAL:			1	\$ 2.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11- ARL SURA	1	\$ 600
SUBTOTAL:			1	\$ 600

VALOR SIN MORA:	\$ 6.400
VALOR MORA:	\$ 300
TOTAL PAGADO:	\$ 6.700

