| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO– GESTION DE CONTRATACIÓN<br>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<br>FECHA: 2025-06-09 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | |
| MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA | | | | |
| | CON C.C Nº | 1.000.577.200 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5726 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 9/12/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 2.078.451 | No. HORAS EJECUTADAS | 180 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 16.225.347 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.009.340 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | 7 MESES 22 DIAS | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | |
| 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 especificas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Realice 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 | Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes. |
| 3 | Garantice 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 | Brinde 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 |
| 5 | Presente 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 | Garantice 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 | Realice el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE |
| 8 | Garantice 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 | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 10 | Realice los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente |
| 11 | Realice el informe y registro oprtuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil |
| 12 | En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, reporte de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa |
| 13 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades. |
| 14 | Garantice trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 15 | Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información. |
| 16 | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora. |
| 17 | Aplique las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades. |
| 18 | Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. |
| 19 | Garantice el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. |
| 20 | Cumplí del 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. |

**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:** | 9486130867 | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 3/06/2025 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 3/06/2025 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | | | |
| OTRO | | | $ - |
| TOTAL PAGADO | | | $ 405.800 |

**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** | Alejandro Hernández<br>MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA<br>CC No 1000577200 |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15.906.500**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br>**SUPERVISOR CONTRATO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | Claudia P Milanés<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911**<br>**LIDER PROGRAMA APH** |

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA** | **CC:** | **1.000.577.200** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | MARLEJA0812@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 300 8526361 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 26 B 31 26 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 ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488448344751** |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5726 2024** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 2.009.340** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **9/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | **31/07/2025** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **01-06-2025 AL 30-06-2025** | | |

Alejandra Hernández

**MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA**
**CEDULA:1000577200**
**CELULAR:300 8526361**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1000577200 | | MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA | INDEPENDIENTE | Principal | carrera 26b #31-26 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3008526361 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-05 | 2025-05 | 1523074793 | 9486130867 | I | 2025/06/04 | 2025/06/03 | NEQUI | 0 | $405,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Tarifa | Días | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1000577200 | HERNANDEZ MARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | EPS008 | 30 | | 0 | | 0 | 0.000% | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1000577200 | | MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA | INDEPENDIENTE | Principal | carrera 26b #31-26 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3008526361 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-05 | 2025-05 | 1523074793 | 9486130867 | I | 2025/06/04 | 2025/06/03 | NEQUI | 0 | $405,800 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $405,800 | $0 | $0 | $405,800 |