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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MAYERLY DUITAMA SUANCHA**			**CC:**	**1033766644**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAYERLI_14_15@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123388085**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**AV CLL 60G SUR 17 54**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**447288382**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7898 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.091.780**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/02 AL 2025/11/30**				

MAYERLY DUITAMA SUANCHA
PS_7898_2025_9AB5FB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAYERLY DUITAMA SUANCHA
CC: 1033766644
CEL: 3123388085

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			
MAYERLY DUITAMA SUANCHA			
	CON C.C N°	**1.033.766.644**	
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. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7898 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.161.506	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.161.506	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.091.780
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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)**
1	1. DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPAR EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE, REGISTRADAS EN EL APLICATIVO NETUX (15).
2	2. REALIZE LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO NETUX (18) PARA TAL FIN.
3	3. ASISTI A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN DICTADA POR EL DR. DAVID PUENTES EL DIA 31 DE OCTUBRE 2025 CUANDO SEAN REQUERIDOS, IGUALMENTE RESPONDER 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.
4	4. TOME LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS).
5	5. REALICE LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE ESTOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH, CADA QUE LA MÓVIL QUEDE NO OPERATIVA O SE TERMINE EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA.
6	6. REALICE LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA, REGISTRANDA EN EL APLICATIVO NETUX (18).
7	7. LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

III. 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 (2025-11-02) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4630833643	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/18	$ 178.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/18	$ 228.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 407.200

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

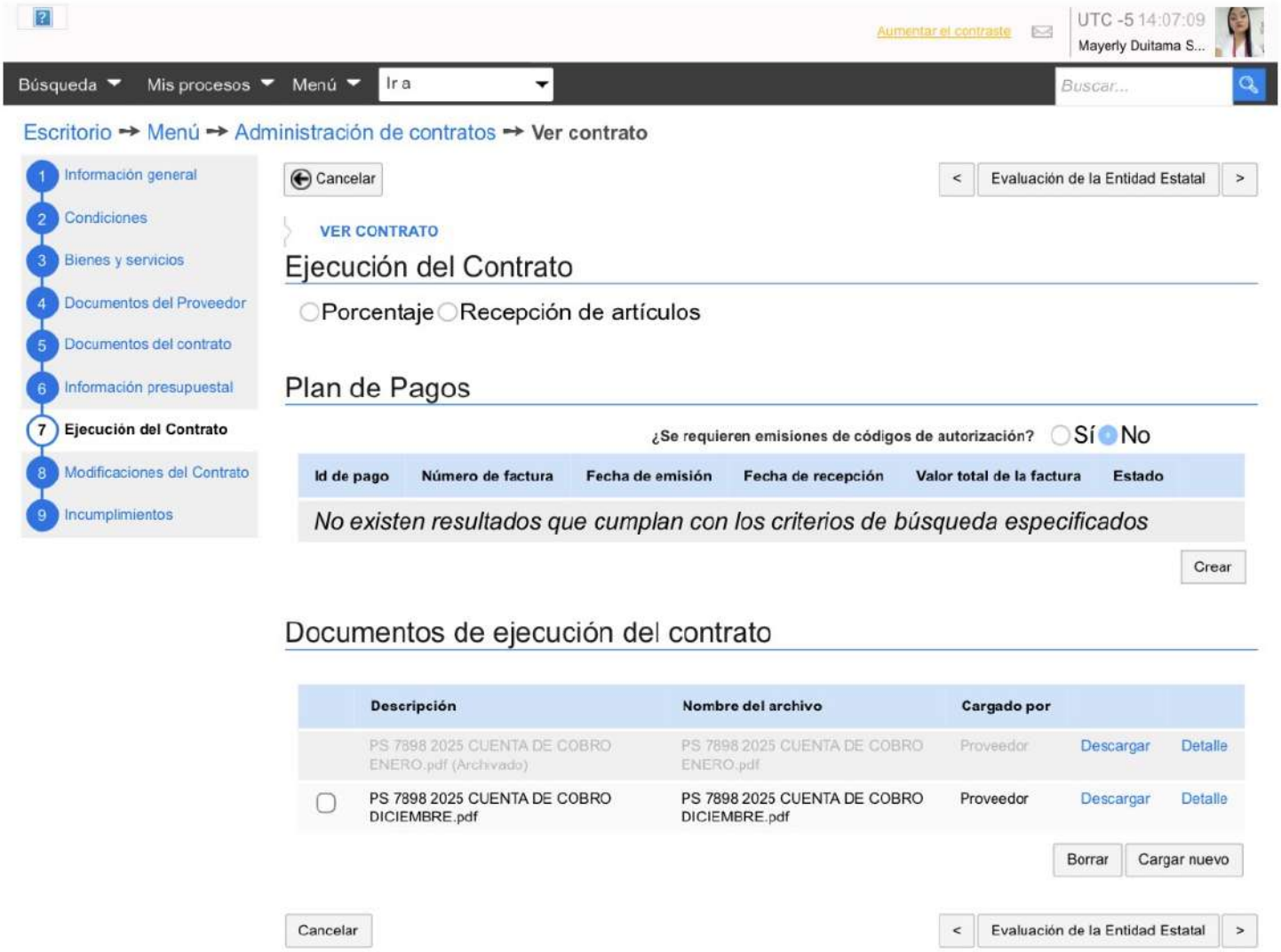
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 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.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MAYERLY DUITAMA SUANCHA* *PS_7898_2025_9AB5FB* **MAYERLY DUITAMA SUANCHA** **CC: 1033766644**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7898_2025_9AB5FB* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**


Aumentar el contraste
UTC -5 14:07:09
Mayerly Duitama S...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➝ Menú ➝ Administración de contratos ➝ Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción | Nombre del archivo | Cargado por
PS 7898 2025 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf (Archivado) | PS 7898 2025 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
PS 7898 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf | PS 7898 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033766644
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYERLY DUITAMA SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AC 60 G 17-54 SUR	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Servicios de seguros sociales de salud.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4625947411**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	4						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994313258		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 227.800	$ 600	$ 228.400
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 600**	**$ 228.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 178.000	$ 500	$ 0	$ 178.500
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 178.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 100	$ 0	$ 34.800
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 34.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 28.500	$ 100	$ 28.600
SUBTOTALES:			**$ 28.500**	**$ 100**	**$ 28.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1033766644	DUITAMA SUANCHA MAYERLY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	103376664	$ 34.700	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 470.300

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ● No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5727 2024 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5727 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5727 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MAYERLY DUITAMA SUANCHA**			**CC:**	**1033766644**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAYERLI_14_15@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123388085**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**AV CLL 60G SUR 17 54**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**447288382**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5727 2024**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.143.296**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2024/12/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

MAYERLY DUITAMA SUANCHA
PS_5727_2024_2AB00E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAYERLY DUITAMA SUANCHA
CC: 1033766644
CEL: 3123388085

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			
MAYERLY DUITAMA SUANCHA			
	CON C.C N°	**1.033.766.644**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 5727 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2024/12/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.078.451	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.422.847	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.143.296
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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)
1	1. PRESTE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD DE ATENCIÒN PREHOSPITALARIA, EN EL MARCO DE LOS ESTANDARES DE CALIDA, OPORTUNIDAD Y CON LA NORMA DE HABILITACIÒNDE SERVICIOS DE SALUD VIGENTE.
2	2. ESTUVE PRESEDNTE EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA Y RECIBOS DE TURNO REGISTRANDO LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UN EJERCICIO DE ARTICULACIÒN PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO EN EL NETUX (16).
3	3. GARANTICE EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÒN PRE HOSPITALARIA SEGÚN CRITERIOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE, ADEMAS DE ESTABLECER ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y DE MEJORA A LA ADHERENCIA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, REGISTRADOS EN LA PLATAFORMA NETUX (17).
4	4. DI RESPUESTA OPORTUNA AL DIRECCIONAMIENTO DE EVENTOS Y ATENCIÒN DADO POR LA DIRECCIÒN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (DUES), GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCION DURANTE LOS PROCESOS DE LA ATENCIÒ, CUMPLIENDO CON LOS PROCEDIMIENTOS GUIAS Y PROTOCOLOS DE LA SUB RED CENTRO ORIENTE PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÒN PRE HOSPITALARIA.
5	5. CUMPLI CON EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA Y RECIBO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, CONREGISTRO DE NOVEDADES EN LA PLATAFORMA NETUX (16), ADEMAS DE EL DE NECESIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA O PERATIVIDAD DE LA MOVIL, VERIFICANDO, SALVAGUARDANDO Y GARANTIZANDO EL USO ADECUADODE CADA UNO DE LOS EQUIOS BIOMEDICOS ASIGNADOS AL PROGRAMA DE ATENCION PRE HOSPITALARIA.
6	6. DI UN CORRECTO USO A LOS ELEMENTOS TECNOLOGICOS (CELULAR INSTITUCIONAL, TABLET) ASIGNADOS A LAS AMBULANCIAS POR LA SUB RED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, ASI COMO GRANTIZAR EL USO PERMANENTE DE DICHOS DISPOSITIVOS PARA MANTENER UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y O PORTUNA CON EL LIDER DE LA UNIDAD FUNCIONAL O CON QUIEN ELLA DESIGNE.
7	7. VERIFIQUE EL ALISTAMIENTO DE LOS VEHICULOS DE EMERGENCIA PREVIO A VERIFICACION OR EL CRUE, REGISTRADO EN EL PREOPERACIONAL EN LA LATAFORMA DE NETUX (16).
8	8. PORTE DE MANERA DECOROSA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE IMAGEN DEL CRUE JUNTO CON EL CARNET QUE LO ACREDITA COMO CONTRATISTA DE LA SUB RED CENTRO ORIENTE E.S.E.
9	9.GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LO CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD.
10	10. IM PLEMENTE LAS LISTAS DE CHEQUEO PARA MONITORIZACION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUANTO LIM PIEZA Y DESINFECCION DE LOS VEHICULOS DE EMERGENCIA, REGISTRADA EN LA PLATAFORMA DE NETUX.
11	11. REALICE INFORME Y REGISTRO OPORTUNO DE DATOS CRITICOS.
12	12. EFECTUE REPORTE Y REGISTRO DE SUCESOS DE SEGURIDAD.
13	13. ADOPTE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS, INSTRUCTIVO, FORMATOS, PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA CABAL EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
14	14. DI TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DE OBJETIVO CONTRACTUAL.

15	15. CUMPLI CON DISPOSICIONES RESPECTIVAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION QUE MANEJA DE ACUERDO CON EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.
16	16. GARANTIZE LA ENTREGA Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS AL AREA RESPECTIVA CUANDO LOS VEHICULOS SON DIRECCIONADOS AL TALLER Y/O ASEGURADORA.
17	17. APLIQUE LAS POLITICAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCION PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL.
18	18. ASISTI A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES ROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCION, DICTADA POR VEEDURIA EL DIA 16 DE OCTUBRE DEL 2025.
19	19. TRAMITE MENSUALMENTE DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLESIDOS POR LA SUB RED CENTRO ORIENTE E.S.E. LOS FORMATOS DE INFORME Y CUENTA DE COBRO CUENTA DE COBRO WORD Y CERTIFICADO DE APORTES SOCIALES PARA EL PAGO DE SUS RESPECTIVOS HONORARIOS.
20	20. LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETIVO DEL CONTRATO Y LA EJECUCION DEL CONVENIO 7120405 2024 APH DENTRO DE LA ANATOMIA E INDEENDENCIA PARA EL DESARRO DEL CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FROMATO DE NECESIDADES DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FROMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL RESENTE CONTRATO.

III. 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4625947411	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/14	$ 178.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 406.900

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.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MAYERLY DUITAMA SUANCHA* *PS_5727_2024_2AB00E* **MAYERLY DUITAMA SUANCHA** **CC: 1033766644**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ* *PS_5727_2024_2AB00E* **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ* *PS_5727_2024_2AB00E* **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**