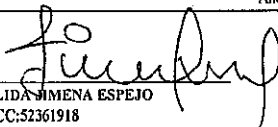
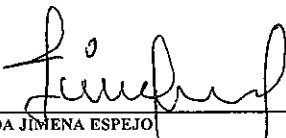
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LIDA JIMENA ESPEJO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.361.918		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1670 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7.194.624		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO DOS (02) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 37.378.320		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.372.480	
Nº DE INFORME:		DOCE (12)		Nº CRP: 13777	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.529.360	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21403 TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	24997 TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28560 TIEMPO PRORROGA DO: (1)MES(10)DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32723 TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 9.199.376	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36949 TIEMPO PRORROGA DO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.864.368	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45826 TIEMPO PRORROGA DO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		FECHA DE APROBACIÓN:	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)					
ITEM	1 SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACION DE TERAPIAS, RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA.				
2	SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCIÓN. SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA.				
3	EN LA PRESTACION DEL SERVICIO SE RESPETAN LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA				
4	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS, RESPONDIENDO LLAMADOS, INTERCONSULTAS Y REQUERIMIENTOS				
5	SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA				
6	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR				
7	CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES				
8	SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD DE PACIENTES ERA.				
9	SE REALIZA EVOLUCION DE TODO PROCEDIMIENTO				
10	DOCUMENTO DE HISTORIA CLINICA ENFATIZADO LA CONFIDENCIALIDAD Y ETICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.				
11	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.				
12	ADECUADO USO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.				

13	EN CASO DE PORTAR EQUIPOS AJENOS A LA INSTITUCIÓN.			
14	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA			
15	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR			
16	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS			
17	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA			
18	RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES			
19	MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA			
20	DETECTAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD			
21	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA			
22	APOYAR AL PERSONAL EN DESARROLLO CON LOS DIFERENTES ROLES			
23	REALIZAR SOCIALIZACIONES PERTINENTE AL AREA			
24	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR			
25	INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER IMPREVISTO QUE SE PRESENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES			
26	ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA			
27	REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO			
28	ACTUALIZACION EN LOS APLICATIVOS REQUERIDOS			
29	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9477574642	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	9/12/2024	\$	188.400
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	\$	241.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/12/2024	\$	36.700
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 466.200
VI. 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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				
 LIDIA JIMENA ESPEJO CC:52361918 CEL3102307695				

 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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIDA JIMENA ESPEJO			CC:	52361918		
CORREO ELECTRÓNICO:	JIMEESPEJO78@GMAIL.COM			RUT (NIT):	52361918-3		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AVENIDA CARACAS No. 1-05			TELÉFONO:	3102307695		
				CIUDAD:	BOGOTÁ		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
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							
Regimen 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:	6270508705	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1670 2024	Nº CDP:	3752	Nº. RP:	45826	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 37.378.320		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.372.480 TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE						
 LIDA JIMENA ESPEJO C.C 52361918 cel: 3102307695							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

LIDA JIMENA ESPEJO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52.361.918

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 1670 2024

FECHA INICIO CONTRATO

21/01/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

7.194.624,00

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

37.378.320,00

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.572.480

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(12 de 12)

Nº CRP
INICIAL:

13777

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

143

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9477574642

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

ANGELA MARIA MENDOZA MESA

PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA
SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				6	6
VALOR ADICIONADO	\$ 2.529.360	CDP DE LA ADICIÓN:	936	RP DE LA ADICIÓN:	21403	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	RP DE LA ADICIÓN:	24997	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	RP DE LA ADICIÓN:	28560	TIEMPO PRORROGADO:	(1)MES (10)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	RP DE LA ADICIÓN:	32723	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 9.199.376	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	RP DE LA ADICIÓN:	36949	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.864.368	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	RP DE LA ADICIÓN:	45826	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
			X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		
IV. 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 cláusula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/12/2024) AL 31/12/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			
		ANGELA MARIA MENDOZA MESA LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION	
			
		LUISA FERNANDA FUENTES GARZON ENLACE OPERATIVO	



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52361918		ESPEJO LIDA JIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CABACAS N°1-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Hora	Valor
2024-11	2024-11	1107678247	9477574642	1	2024/12/05	2024/12/09	HEQUI	4	\$466,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$240,400	\$700	\$0	\$241,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$240,400	\$700	\$0	\$241,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,600	\$100	\$0	\$36,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$36,600	\$100	\$0	\$36,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$187,800	\$600	\$0	\$188,400	
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$187,800	\$600	\$0	\$188,400	
TOTAL				1	\$464,800	\$1,400	\$0	\$466,200	