

		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:		\$ 31.513.952		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.147.648	
Nº DE INFORME:		DIEZ (10)		Nº CRP: 13777 Nº CDP: 143	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		(9) MESES (10) MESES			
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:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	5	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	\$ -	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:
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					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		DD/MM/AAAA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		DD/MM/AAAA	
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)					
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 DIRECTICAS 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

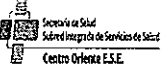
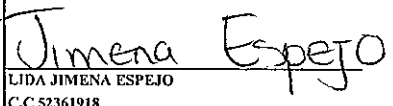
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9471560982	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/10/2024	\$ 188.500
PENSIÓN:	PORVENIR	9/10/2024	\$ 241.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/10/2024	\$ 36.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 466.600

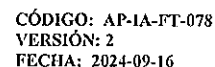
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

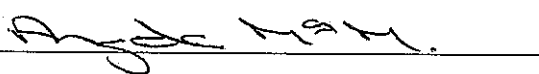
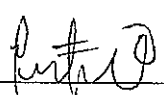
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo socop 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 periodo correspondiente

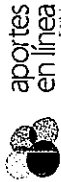
Jimena Espejo
LIDA JIMENA ESPEJO
CC:52361918
CEL3102307695

		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					
31/10/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIDA JIMENA ESPEJO		CC:	52361918	
CORREO ELECTRÓNICO:	JIMESPEJO78@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	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					6270508705
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1670 2024	N° CDP:	2610	N° RP:	36949
					(9) MESES (10) MCS
FECHA DE INICIO CONTRATO:	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 31.513.952
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 3.147.648 TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE				
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> LIDA JIMENA ESPEJO C.C 52361918 cel: 3102307695 </div> </div>					



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX
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 (01/10/2024) AL 31/10/2024)			
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	

up



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 JINEBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CARACAS N°1-05	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	1111111	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Plantilla	Plantilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-08	2024-08	903048187	947156082	1	2024/09/05	2024/09/10	NEQUI	5	\$466,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$240,400	\$900	\$0	\$0	\$241,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$36,600	\$200	\$0	\$0	\$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$187,800	\$700	\$0	\$0	\$188,500
TOTAL				1	\$464,800	\$1,800	\$0	\$0	\$466,600