

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

MARITZA JOHANNA PEÑA NOVOA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

52.290.038

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION
INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 4611 2024

FECHA INICIO CONTRATO

23/08/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

9.436.560

PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO

DOS (2) MESES Y OCHO(08) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$

9.436.560

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO
A CERTIFICAR:

\$ 4.044.240

Nº DE INFORME:

3

Nº CRP:

40423

Nº CDP:

2866

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

DOS (2) MESES Y OCHO(08) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LORENZA BECERRA CAMARGO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	0
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº DE PÓLIZA:

N/A

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

N/A

FECHA DE LA PÓLIZA

N/A

FECHA DE APROBACIÓN:

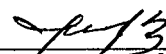
N/A

IV. 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	Se realiza validación de la herramienta de monitoreo correspondiente al mes de septiembre, en la cual se encuentran usuarios en los cursos de vida adultez y vejez asignados a la subred centro oriente, para el reporte mensual de indicadores de acuerdo con la resolución 3280 de 2018; puesto que de aquí se diligencia y se reporta a la Dirección de Gestión del Riesgo los 10 de cada mes el comportamiento de estos indicadores de acuerdo con las actividades y gestiones realizadas por la cohorte de adultez y vejez.			
2	En articulación permanente con Capital Salud se hace envío diario de usuarios notificados para los eventos de la subcohorte de cancer, resultados de tamizajes alterados (mamografía, citología, PSA y Colon), para que realicen el seguimiento nominal y gestión de actividades de la RIA de Cancer de acuerdo a los lineamientos, protocolos y guías de atención.			
3	Se realiza articulación permanente con la EAPB, los centros de atención y los entornos del PIC para la búsqueda, seguimiento y gestión de las necesidades identificadas en la población del curso de vida adultez y vejez de la subred centro oriente, estas respuestas se encuentran a demanda durante el transcurso del mes.			
4	Se realiza seguimiento permanente a la Cohorte de los cursos de vida adultez y vejez, por medio de la cual se emiten alertas tanto a otras EAPB como en la población asignada, para gestionar y/o buscar no adherentes a las atenciones brindadas por la SISSCO. Esta actividad se realiza a demanda de acuerdo a lo identificado o reportado mes a mes.			
5	Se realiza aporte mensual al informe de implementación de la RPMS por el curso de vida adultez y vejez, y a la RIA de cancer, según lo reportado en las bases de datos entregadas los 10 de cada mes, en este informe se aportan el comportamiento de los indicadores de gestión y de resultado, las estrategias creadas para aumentar coberturas de atención, alertas tempranas y críticas.			
6	Reporte mensual de HITOS, e indicadores de la DGIRS para los cursos de vida adultez y vejez y la subcohorte de cancer, indicadores de resultados positivos en los tamizajes de mamografía, citología, PSA Y colon, Indicador de la circular 008, reporte de base colposcopias. Estos reportes se realizan entre el 10 al 20 de cada mes.			
7	Se realiza reporte a las otras EAPB de positivos en los tamizajes de la subcohorte de cancer no asignados a la subred centro oriente, los cuales han sido notificados a los diferentes eventos de interés en salud pública para que desde allí se realice la gestión pertinente. Está actividad se realiza a demanda de acuerdo a lo identificado durante el transcurso del mes.			
8	Se realiza participación en mesas de trabajo establecidas tanto por la EAPB como por la entidad territorial donde se realiza el seguimiento a los indicadores y se realiza la creación de nuevas estrategias para mejorar las coberturas de atención con el fin de mejorar el comportamiento de estos indicadores. Estas mesas se realizan a demanda de acuerdo a los cronogramas establecidos por estas entidades.			
9	Participación en reuniones de seguimiento con la EAPB Capital Salud, en donde se socializan indicadores de oportunidad de atención dentro de la ruta de cancer, estas reuniones se realizan dos veces al mes en la tercera y cuarta semana.			
10	Se realiza seguimiento a la Cohorte asignada de forma permanente, informar el riesgo de acuerdo al evento identificado, manejo de pacientes con cancer hasta remisión por EAPB.			
11	Se realiza articulación de forma permanente con cada una de las Unidades informando las alertas de Riesgo para su respectivo proceso de diagnóstico, notificación y entrega de acuerdo al tema asignado, manejo de agendas para alertas en tamizaje de mama, citologías y ADN - VPH, asignación de citas y gestión según alertas, seguimiento nominal a pacientes. Apoyo en asistencias técnicas a personal de la Subred.			
12	De forma mensual se realizan indicadores en el tablero de control, manejo de bases para presentar indicadores en EAPB.			
13	Realización de actas de reuniones según necesidad y demanda			

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	7941391731	OPERADOR:	NUEVO SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANTITAS	11/10/2024	\$	202.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/10/2024	\$	259.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/10/2024	\$	39.600
OTRO	CAJA DE COMPENSACION COLSUBSIDIO	11/10/2024	\$	32.500
TOTAL PAGADO				\$ 534.000

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 ibr 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 periodo correspondiente



MARITZA JOHANNA PEÑA NOVOA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 52290038
CEL: 3187943104

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARITZA JOHANNA PEÑA NOVOA	CC:	52290038
CORREO ELECTRÓNICO:	maiope1481@gmail.com	RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 22 A SUR 8 92	TELÉFONO:	3187943104
		CIUDAD:	BOGOTÁ D.C

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(NO)
SI tomaré costos y deducciones	()

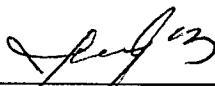
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

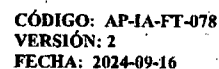
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS
		Nº CUENTA: 24127923282

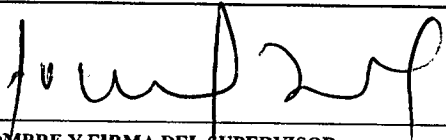
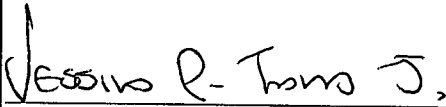
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4611 2024	Nº CDP:	2866	Nº. RP:	40423	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES 08 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$9.436.560

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)	\$4.044.240
	CUATRO MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE


NOMBRE MARITZA JOHANNA PEÑA NOVOA
C.C. 52290038
cel: 3187943104



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESSICA TRIANA PERFIL: LIDER PROCESO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52290038
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARITZA JOHANNA PENA NOVOA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 22A SUR 8 92 TELÉFONO: 3187943
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: 1001-1001 I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NÚMERO PLANILLA:	7941391731 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024 AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	2
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/11 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 974879053

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES			
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO		
PENSIÓN								
ADMINISTRADORA								
NIT	CÓDIGO	NOMBRE						
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1		\$ 259.300		
SUBTOTAL:					1	\$ 259.300		
SALUD								
ADMINISTRADORA								
NIT	CÓDIGO	NOMBRE						
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A		1		\$ 202.600		
SUBTOTAL:					1	\$ 202.600		
CAJA DE COMPENSACIÓN								
ADMINISTRADORA								
NIT	CÓDIGO	NOMBRE						
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO		1		\$ 32.500		
SUBTOTAL:					1	\$ 32.500		
RIESGOS PROFESIONALES								
ADMINISTRADORA								
NIT	CÓDIGO	NOMBRE						
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA		1		\$ 39.600		
SUBTOTAL:					1	\$ 39.600		

VALOR SIN MORA:	\$ 533.100
VALOR MORA:	\$ 900
TOTAL PAGADO:	\$ 534.000