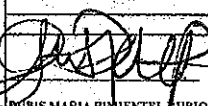
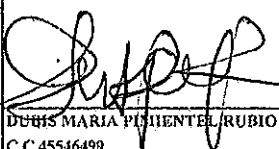
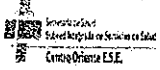
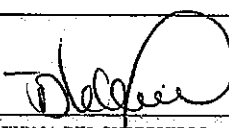


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E							
APOYO - GESTIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE ASESORIA A LA GESTIÓN							
CÓDIGO: AN-IA-FT-977							
VERSIÓN: 2							
FECHA: 2024-09-16							
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
DUBIS MARIA PINJIENTE EL RUBIO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				45.546.499			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE AREA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 4347 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.328.995		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DECISEIS (16) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 34.455.328		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		\$ 6.226.865	
N° DE INFORME:		5		N° CRP:		35057	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y CATORCE (14) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				DANNYS IVETH TEJERAN TURIZO		DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	4	PRORROGAS	4	
VALOR ADICIONADO	\$ 6.226.865	CDP DE LA ADICIÓN:	2664	CRP DE LA ADICIÓN:	37721	TIEMPO PRORROGA DO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.226.865	CDP DE LA ADICIÓN:	3866	CRP DE LA ADICIÓN:	40748	TIEMPO PRORROGA DO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.226.865	CDP DE LA ADICIÓN:	3172	CRP DE LA ADICIÓN:	43037	TIEMPO PRORROGA DO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 12.453.730	CDP DE LA ADICIÓN:	3625	CRP DE LA ADICIÓN:	45326	TIEMPO PRORROGA DO:	DOS (2) MESES
III. POLIZAS							
PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?							
N° DE PÓLIZA:	N/A	SI	NO			X	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			N/A		
FECHA DE APROBACIÓN:	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)							
ITEM							
1	Realizar visita del servicio de imágenes en las unidades donde se oferta el servicio de imágenes diagnósticas, para que el personal del servicio propio y tercerizado en el cual se identifican las necesidades y se realiza gestión pertinente.						
2	Realizar formato de reporte de tumores del mes de diciembre del 2024 y novedades del mes de octubre, personal de planta de la Salud que labora en el servicio de imágenes						
3	Realizar la socialización de documentos actualizados priorizados del servicio de imágenes, para tener una visión clara del proveedor y colaboradores de la subred que hacen parte de participación comunitaria y atención al usuario en lo pertinente.						
4	Realizar reunión con equipo para Mesa Equipo Primario de imágenes diagnósticas y para responder a las necesidades de seguimiento RIPS Electrónico, Reunión Seguimiento Interfaz Dinámica -Avanzado, Mesa de Gerencia de la Tecnología, Mesa de Autoevaluación Complementarios, Mesa de Autoevaluación Complementarios.						
5	Apoyar la actualización de documentos de imágenes diagnósticas como MI-DI-PC-03 Formato de Tarea de Imágenes Diagnósticas						
6	Participar en los Pro comité de Infecciones de Hospital Santa Clara, la Victoria, San Blas, Nariño, Juan El Ajo, Eliseo Gaitán						
7	Realizar seguimiento a indicadores de imágenes diagnósticas y disponer de soportes o indicadores para cualquier solicitud						
8	Realizar la revisión, socialización y reporte de indicadores de gestión y calidad del servicio de imágenes (Fente, POA, Rps 256), realizar informe de agencia estrategia del mes de octubre del 2024, informe de Gestión Octubre del 2024, informe de satisfacción de mayo, junio del 2024						
9	Realizar la revisión de estándares de acreditación de imágenes, mesa de autoevaluación de capacitación y complementarios. Realizar seguimiento a oportunidades de mejora y carga de soportes en el aplicativo Almacen.						
10	Realizar recorrido, verificación de prestación del servicio, gestión de novedades del servicio con imágenes propias y lo tercerizado, realizar reunión con el proveedor para retroalimentación y seguimiento de la operación, apoyar la proyección de oficina.						
11	Revisar la factura, registro en el formato de lo pertinentes para aprobación de facturas, control de cumplimiento y a su vez parcial de supervisor. Realizar apoyo la prórroga y/o adición del contrato de acuerdo a instrucción.						
12	Participar en la reunión de equipo de Subgerencia y otras designadas en el mes de noviembre del 2024. Revisar la PQRS y dar respuesta por agilidad, correo diariamente.						
V. INFORMACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		9477112209		OPERADOR:		Aportes en Línea	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		Familiarizar		18/11/2024		\$ 311.400	
PENSION:		Café planilla		18/11/2024		\$ 328.600	
RIESGOS LABORALES:		CURSA		18/11/2024		\$ 68.790	
OTRO							
TOTAL PAGADO						\$ 770.790	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA							
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.							
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el Ibs se calcula sobre el 40% de los ingresos declarados 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, pension, etc)							
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes o pago de cobro.							
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.							
VII. ANEXOS							
(Cuando se requiera como parte de las obligaciones del contrato)							
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que respalden las actividades realizadas en el periodo correspondiente							
							
DUBIS MARIA PINJIENTE EL RUBIO							
CC:45546499							
CEL:3164218120							

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO	CC:	45546499
CORREO ELECTRÓNICO:	DUBISPIMIENTEL@YAROO.ES	RUT (NIT):	N/A
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CILE 20 B 102-56	TELÉFONO:	3164218120
		CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifesto 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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		Nº CUENTA:	008400357516
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4347 2024	Nº CDP:	3625
		Nº. RP:	45326
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y DIECISEIS (16) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 34.455.320	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 6.226.865 SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTE SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS		
 DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO C.C 45546499 cel: 3164218120			

 <p> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION </p>		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		45.546.499	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE AREA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4347 2024	FECHA INICIO CONTRATO	16/07/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.320.995,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.455.320,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(5 de 5)	Nº CRP INICIAL:	35697
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	2447
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (3) MESES Y DIECISEIS (16) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9475183682	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO DIRECTOR TECNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACION:	Nº (4)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICION (4)
VALOR ADICIONADO	\$ 6.226.865	CDP DE LA ADICIÓN:	PRORROGA (4)
		2664	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.226.865	CDP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
		3066	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.226.865	CDP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
		3372	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 12.453.730	CDP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
		3625	DOS (2) MESES
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE	N/A
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?		SI
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?		SI
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		SI
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?		SI
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		SI
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/11/2024) AL (30/11/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO CARGO:DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA FUENTES GARZON PERFIL:ENLACE OPERATIVO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE:

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC-45546499		PIMENTEL RUBIO DUBIS MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 20 B-102-56	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.C.	3164281/20	Nb

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1058973710	9477182295			I	2024/11/28	2024/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	\$770,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	SALDO E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
--------	--------	-----	----	-----------	-----------------	-----------------	-----------------------	---------------

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$398,600	\$0	\$0	\$398,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$398,600	\$0	\$0	\$398,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,700	\$0	\$0	\$60,700
ARL SURX	14-11	890,903,790	5	1	\$60,700	\$0	\$0	\$60,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$311,400	\$0	\$0	\$311,400
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$311,400	\$0	\$0	\$311,400
TOTAL					\$770,700	\$0	\$0	\$770,700

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor
Persidn	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco:	Días Mora		
2024-10	2024-10	1058937310	9477112299	1	2024/11/26	2024/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	5770,2020	

EMPLEADO

Total	Afiliados(1)
1	1

2
1
1
1
1
1

[illegible]