Contratación Ota Pacto

	ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	**Formato:** **HOJA DE TRAZABILIDAD**	CODIGO: A-RFGD-F 018
PROCESO: RECURSOS FISICOS		VERSION: 01
SUBPROCESO: GESTION DOCUMENTAL		FECHA: 28/03/2023

1.CONTRATO 171 2. AREA CONTADORIA

3. CONTRATISTA ANGIE VIVIAN ROA SALAZAR

COORDINADOR DE SEDE Y/O SECRETARIA

COPIA CONTRATO Cuenta de cobro	✓
COPIA ACTA DE INICIO	
INFORME DE ACTIVIDADES	✓
PAGO S.G.S.S.S	✓
CERT. BANCARIA	
FOR. RETEFUENTE Certificación referente anual	✓
INFORME Y/O ACTA DE ALMACEN	

OBSERVACIONES

E.S.E. Hospital de Soacha Julio Cesar Peñaloza

RECIBIDO
FECHA: 01/04/24
HORA:
FOLIOS:
No.Radicación:
Firma: Monica Martinez

SUPERVISOR:

CERTIFICADO DE SUPERVISION	✓	10/04/24 cambiar informe	
PAZ Y SALVO Informe	✓	FECHA DE ENTREGA 4-10-24	FIRMA
LIQUIDACION			

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

PRESUPUESTO:

247

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA
	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

CONTABILIDAD:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA
	11/4/24	
	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

TESORERIA:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA
	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

JURIDICA:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Lily Yohana Ávila - Referente Gestión Documental	Claudia Pacilla Castro - Referente de Calidad	María Victoria Herrera Roa - Gerente

Servicios 202 2436709

Soacha, 1 de abril de 2024
Número: 171 **-1**

CUENTA DE COBRO

EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA

JULIO CESAR PEÑALOZA

NIT. 832.001.794-2

DEBE A:

ANGIE VIVIAN ROA SALAZAR
CC. 1.024.516.774

La suma de: $1,926,000 (UN MILLÓN NOVECIENTOS VENTISEIS MIL PESOS) M/CTE, Por concepto de Prestación de servicios de apoyo a la gestión como higienista oral para la E.S.E del Municipio de Soacha Julio Cesar Peñaloza, sede san marcos y compartir, correspondiente al periodo comprendido del 01 de marzo al 31 de marzo de 2024, según contrato No. 171 de 2024.

Favor Consignar a la cuenta de ahorros No. **221-914851-77** de Bancolombia

Anexo planilla pago de seguridad social **1061773576** cancelada el día 31 de marzo de 2024

ANGIE VIVIAN ROA SALAZAR
Cedula: 1.024.516.774 de Bogotá
Dirección domicilio: Cra 9 A este #13-55
Teléfono. 3115429718
angie7145@hotmail.com

INFORME DE ACTIVIDADES PERIODO DE EJECUCIÓN: 1 de marzo al 31 de marzo 2024			
CONTRATISTA:		Angie Vivian Roa Salazar	
FECHA DE ELABORACIÓN		1 de abril 2024	
NUMERO CONTRATO:		171 de 2024	
VIGENCIA DEL CONTRATO		1 de marzo al 30 de abril de 2024	
VALOR TOTAL CONTRATO:			$ 3.852.000
VALOR A COBRAR PERIODO:			$ 1,926,000
ITEM	**ACTIVIDADES**	**DESARROLLO**	**EJECUCIÓN**
1	Cumplir con la atención de consulta de higiene oral de acuerdo a la agenda programada	Se da cumplimento a las agendas programadas	Ejecutado
2	Contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la empresa.	Se da cumplimiento a los objetivos.	Ejecutado
3	Cumplir con las directrices instauradas para la institución en materia de calidad en la prestación del servicio.	Se cumple con la calidad en la prestación de los servicios	Ejecutado
4	Contribuir al desarrollo de los procesos asistenciales seguros: cumplimiento de la política de seguridad del paciente	Se da cumplimiento con el desarrollo de los procesos asistenciales	Ejecutado
5	Realizar sus productos contractuales en cumplimiento de los preceptos éticos y normativos vigentes, (en razón al tiempo planeado para tal fin por periodo mensual y concordante al cronograma de procesos establecidos)	Se cumple con los productos contractuales.	Ejecutado
6	Contribuir al desarrollo de estrategias orientadas al cumplimiento de la producción institucional.	Se da cumplimiento a la producción institucional.	Ejecutado
7	Participar en las actividades de reforzamiento técnico programadas por la institución.	Asistí a las actividades técnicas programadas el día 15 de marzo 2024	Ejecutado
8	Asistir a brigadas, campañas, programas y demás actividades que establezca la institución.	Estuve a disposición para desarrollar brigadas y actividades programadas por la ESE MUNICIPAL, pero no me fueron programadas	Ejecutado
9	Manejar con criterios de confidencialidad e intimidad la información de la historia clínica, diagnósticos médicos, y demás datos que sean suministrados por los pacientes y/o sus familias.	Maneje la confidencialidad que requiere la historia clínica y el paciente	Ejecutado
10	Participar de las estrategias que determine la institución para el desarrollo de sus procesos.	contribuí al desarrollo de estrategias orientadas al desarrollo y ejecución de las actividades	Ejecutado
11	Preparar el material y seguir con los protocolos establecidos para el uso del instrumental.	Organice de forma adecuada el material de trabajo	Ejecutado

12	Realización de acciones educativas en salud oral a todos los pacientes, así como aplicar fluoruros tópicos en sus diferentes formas, eliminar cálculos y tinciones dentales, colocar sellantes de fosetas y fisuras con técnicas no invasoras y realizar control y remoción de placa bacteriana.	Brinde educación en promoción y prevención a pacientes	Ejecutado

13	Diligenciar formato de actividades expedido por la entidad, el cual para soportar deberá contener firma por parte del usuario por cada actividad desarrollada e identificada en el mismo formato.	diligencié formatos de sisoc y reporte de consentimientos	Ejecutado
14	Cumplir a cabalidad con las actividades y capacitaciones planeadas por la empresa para lograr el objetivo del presente contrato.	cumplí con las asistencias y capacitaciones programadas el día 15 de marzo de 2024	Ejecutado
15	Desarrollar actividades tendientes a desarrollar de manera efectiva la demanda en promoción y prevención siguiendo los lineamientos establecidos y entregando las evidencias correspondientes	Estuve a disposición para desarrollar brigadas y actividades programadas por la ESE MUNICIPAL, pero no me fueron programadas	Ejecutado
16	Tener la disposición para realizar rotaciones en las diferentes sedes de acuerdo a la necesidad del servicio prestado.	Realice rotación por las sedes san marcos y san mateo según programación	Ejecutado
17	Dar estricto cumplimiento al tiempo ofertado y ofrecido por el contratista en su propuesta, dada la planeación operativa, asistencial y de asignación de citas a los usuarios generada por la Empresa en razón a la misma.	Cumplí con los tiempos y agendas ofertadas	Ejecutado
18	Utilizar los elementos de protección reglamentarios para la realización de las actividades definidas en el objeto contractual.	Utilice los elementos de protección personal en la realización de mis actividades.	Ejecutado
19	Realizar demanda inducida a las actividades de protección específica y detección temprana de acuerdo a la normativa vigente.	realice demanda inducida a pacientes pendientes por atención de higiene oral	Ejecutado
20	Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo	Organicé y di ruta a la documentación que se maneja en el área	Ejecutado
21	Cargar los productos contractuales y demás soportes de actividades a los aplicativos definidos por la entidad.	Entregue documentación al día firmada y con sello	Ejecutado
22	Las demás Actividades que le sean asignadas y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual	he estado a disposición para cumplir con las actividades asignadas	Ejecutado

Angie Vivian Roa Salazazr
C.C.1,024,516,774 De Bogotá

DATOS DEL CONTRATISTA

Contrato No 171 2024

CERTIFICACIÓN CON VIGENCIA DE: 1 de marzo al 30 de abril de 2024

NOMBRE: **ANGIE VIVIAN ROA SALAZAR**

OBJETO: Prestar servicios como HIGIENISTA ORAL para la E.S.E MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA

La presente declaración juramentada tiene vigencia durante el plazo de ejecución del contrato aquí relacionado.

DECLARACION JURAMENTADA PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO 2024

En mi nombre como aparece al pie de mi firma, certifico bajo la gravedad de juramento que de conformidad con lo establecido en el Decreto 099 de enero 25 de 2013, Artículo 3º. Parágrafo 4º., NO **X** (SI) __ Soy declarante del Impuesto sobre la Renta. "Además de lo declarado anteriormente, manifiesto que soy conocedor de la responsabilidad de suministrar los documentos soportes oportunamente a la Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha, tales como: Certificaciones, declaraciones entre otros, y con ello acceder a los beneficios de carácter tributario contemplados en el decreto 1070 de mayo de 2013 y las modificaciones ajustadas según decreto 3032 de diciembre de 2013.

Además, si durante el resto del año fiscal llega a suceder que no pueda seguir cumpliendo todos los requisitos establecidos en el artículo 499 del Estatuto Tributario (Régimen Simplificado), en ese caso yo mismo le(s) daré en ese momento un nuevo aviso por escrito para que desde ese momento en adelante ya no se me aplique el procedimiento de retención de la Ley 1943 de 2018 y en cambio se me apliquen las retenciones tradicionales que apliquen según el tipo de servicio que les pueda seguir cobrando.

CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

SALUD	PENSION	ARL	TOTAL
$162.500	$ 208.000	$ 31.700	$ 402.200

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL, son ciertos y corresponde a la liquidación mínima sobre la base de los ingresos provenientes del contrato, en cumplimiento del art. 18 de la ley 1122 de 2007 materia del pago sujeto a retención.

Favor Diligenciar con claridad y veracidad la totalidad de los espacios de este formulario.

Firma Contratistas: Firma: _____

Nombre: **ANGIE VIVIAN ROA SALAZAR**

C.C.: 1.024.516.774

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-03-31, 11:24:19 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1061773576 **Referencia pago(PIN)** 8810026777

Periodo Cotización 202403 **Periodo Servicio** 202403

Cliente:

PAGADA 2024-03-31 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE VIVIAN ROA SALAZAR				
Documento	CC 1024516774	**Dirección**	CR 9A ESTE #13 - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115429718		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024516774		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ROA SALAZAR ANGIE VIVIAN	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	CCF24	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!





ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

PSE Transacción Aprobada - CUS 545551259

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Dom 31/03/2024 11:01 PM
Para:angie7145@hotmail.com <angie7145@hotmail.com>



¡Hola, Angie Vivian ROA Salazar!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 545551259
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: 1024516774
Valor de la Transacción: $ 428.200
Fecha de Transacción: 31/03/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.