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 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					
JONATHAN STEVEN GARZON SALAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.022.405.675**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2888 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.952.128**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**20/03/2024**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 20.302.464**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.039.808**
N° DE INFORME:	**10**	**N° CRP:**	**14116**	**N° CDP:**	**317**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**HOSPITAL LA VICTORIA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**5**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**5**	**PRORROGAS**	**5**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.868.480**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22333**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.868.480**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25273**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.964.096**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29283**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.528.512**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32552**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 5.120.768**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36676**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

ITEM	**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	Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II
2	Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programacion de Cirugias ambulatorias
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresdaos
4	Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion
5	Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
6	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados
7	Realice el Censo y seguimiento de pacientes que se encuentra en el servicio, esto con el fin de tener identificado el 100% de los pacientes que se encuentran en los servicios diariamente y realice reporte de estancia y procedimientos
8	Realice Gestion de autorizaciones según los Establecido en la Resolucion 3047_2008 o con los mecanismos dado por cada EAPB desde la Urgencia, Estancia y procedimientos según el servicio en dode se encuentre Ubicado
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solcitados
10	Subi los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica Gerencial (Urgencia , Estancias y procedimientos)

11	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente
12	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales
13	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474874805	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	11/10/204	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	11/10/204	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/10/204	$ 31.700
OTRO	0		$ -
TOTAL PAGADO			$ 402.200

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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

Jonathan G.

JONATHAN STEVEN GARZON SALAS
CC 1022405675
CEL 3242636832

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: (31/10/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JONATHAN STEVEN GARZON SALAS			CC:	1022405675
				RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	kamarube2713@gmail.com			TELÉFONO:	3242636832
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 97F 34A 40 SUR			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				(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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488438695576

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2888 2024	Nº CDP:	2598	Nº. RP:	36736	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		20/03/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:S 20.302.464,00
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	S 2.039.808					
	DOS MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS					

Jonathan G.

JONATHAN STEVEN GARZON SALAS
CC: 1022405675
TELÉFONO: 3242636832

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022405675		GARZON SALAS JONATHAN STEVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 97F # 34A - 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4545454	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	975823221	9474874805	I	2024/10/17	2024/10/11	NEQUI	0	$402,20

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,00
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,00
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,70
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,70
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,50
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,50
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,20

2024/10/11 03:16 PM

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JONATHAN STEVEN GARZON SALAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.022.405.675

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2888 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.952.128		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.302.464			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.039.808,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	10	N° CRP INICIAL:	14116	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474874805	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 2.868.480	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22333	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.868.480	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25273	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.964.096	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29283	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.528.512	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32552	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.120.768	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36676	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	-	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		-
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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO 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:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 15 YENI ROCIO AVILA RONDON LIDER DE AUTORIZACIONES