192

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | | |
| **NINI JOHANNA SALAMANCA RAMIREZ** | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | **52.547.425** | | | |
| **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 2840 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:** | **$ 23.043.456** | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** | **2.039.808** |
| **N° DE INFORME:** | **10** | | **N° CRP:** | **14077** | **N° CDP:** | | **317** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)** | | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | **HOSPITAL SAN BLAS** | | | | | |
| **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:** | **22302** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.656.000** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1270** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **25243** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.921.600** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1619** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **29257** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.804.736** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2200** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **32526** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 7.840.512** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2598** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **36649** | **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 especificas 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: | 9474047937 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 8/10/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 8/10/2024 | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 8/10/2024 | $ 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 periodo correspondiente

NINI JOHANNA SALAMANCA RAMIREZ
CC 52547425
CEL 3194335791

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **NINI JOHANNA SALAMANCA RAMIREZ** | **CC:** | **52547425** |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | johsala10@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3194335791** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CARRERA 43 N° 77 - 22 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** | **N° CUENTA:** | **0570008480310054** |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 2840 2024** | **N° CDP:** | **2598** | **N°. RP:** | **36649** | **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:$ 23.043.456** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$ 2.039.808** | | | | | |
| | **DOS MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS** | | | | | |

**NINI JOHANNA SALAMANCA RAMIREZ**
**CC: 52547425**
**TELÉFONO: 3194335791**

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52547425 | | SALAMANCA RAMIREZ NINI JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 43 no 77 22 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4558557 | 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 | 968202861 | 9474047937 | 1 | 2024/10/07 | 2024/10/08 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $402,700 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Aportes PRINCIPALES (1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52547425 | SALAMANCA NINI | 25-14 | 30 $1,300,000 | $208,000 | EPS010 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52547425 | | SALAMANCA RAMIREZ NINI JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 43 no 77 22 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4558557 | 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 | 968202861 | 9474047937 | I | 2024/10/07 | 2024/10/08 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $402,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RUBROS | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $200 | $0 | $208,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $200 | $0 | $208,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $200 | $0 | $162,700 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $162,500 | $200 | $0 | $162,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $500 | $0 | $402,700 |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACION<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **NINI JOHANNA SALAMANCA RAMIREZ** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **52.547.425** | | |
| **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 2840 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 3.952.128** | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 23.043.456** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 2.039.808,00** | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **10** | **N° CRP INICIAL:** | **14077** | **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:** | **9474047937** | | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | **DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **HOSPITAL SAN BLAS** | | | | |
| **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: | 22302 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.656.000 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1270 | RP DE LA ADICIÓN: | 25243 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.921.600 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1619 | RP DE LA ADICIÓN: | 29257 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.804.736 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2200 | RP DE LA ADICIÓN: | 32526 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 7.840.512 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2598 | RP DE LA ADICIÓN: | 36649 | 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<br>DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 15<br><br>YENI ROCIO AVILA RONDON<br>LIDER DE AUTORIZACIONES |