| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | | | | | |
| **YEINY ANDREA ROMERO PUERTA** | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | 1.024.490.618 | | | |
| **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 2846 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:** | **$ 18.262.656** | | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 1.912.320** |
| **N° DE INFORME:** | **10** | | | **N° CRP:** | **14083** | **N° CDP:** | **317** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **NUEVE MESES (9) Y DIES DIAS (10)** | | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | | **HOSPITAL SANTA CLARA** | | | | |
| **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:** | **22307** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.656.000** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1270** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **25248** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.136.768** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1619** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **29262** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.912.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2200** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **32531** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 5.736.960** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2598** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **36654** | **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<br>(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:** | 4568924251 | **OPERADOR:** | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 10/10/2024 | $ 163.200 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 10/10/2024 | $ 208.900 |
| RIESGOS LABORALES: | POSOTIVA | 10/10/2024 | $ 31.900 |
| OTRO | 0 | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 404.000 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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**

Andrea Romero

YEINY ANDREA ROMERO PUERTA
CC 1024490618
CEL 3234890262

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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: | YEINY ANDREA ROMERO PUERTA | CC:<br>RUT (NIT): | 1024490618 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | andruvalentina03@gmail.com | TELÉFONO: | 3234890262 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CALLE 81 N° 18 F 36 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: | 008480342438 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 2846 2024 | N° CDP: | 2598 | N°. RP: | 36654 | 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:$ 18.262.656 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ 1.912.320 | | | | | |
| | UN MILLÓN NOVECIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS | | | | | |

Andrea Romero

YEINY ANDREA ROMERO PUERTA
CC: 1024490618
TELÉFONO: 3234890262

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1024490618 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YEINY ANDREA ROMERO PUERTAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 81 18 F 36 SUR TESORITO | TELÉFONO: | 7920111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4568924251** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2024 | SALUD: | AÑO: 2024 | | |
| DÍAS DE MORA: | 6 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/10/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9990312860 | | |

### NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 208.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 208.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 163.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 163.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 31.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 31.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 402.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 1.800** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 404.000** |

| | | |
|---|---|---|
| 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CODIGO: 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 | YEINY ANDREA ROMERO PUERTA |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.024.490.618 |

**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 2846 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 21/01/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | $ 3.952.128 | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 18.262.656 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 1.912.320,00 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 10 | N° CRP INICIAL: | 14083 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 317 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | NUEVE MESES (9) Y DIES DIAS (10) | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | | 4568924251 | OPERADOR: | SOI | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | | HOSPITAL SANTA CLARA | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° (5) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA): | | | | ADICION (5) | PRORROGA (5) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ 2.868.480,00 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1030 | RP DE LA ADICIÓN: | 22307 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.656.000,00 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1270 | RP DE LA ADICIÓN: | 25248 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.136.768,00 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1619 | RP DE LA ADICIÓN: | 29262 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.912.320,00 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2200 | RP DE LA ADICIÓN: | 32531 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 5.736.960,00 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2598 | RP DE LA ADICIÓN: | 36654 | 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 |
| | YENI ROCIO AVILA RONDON<br>LIDER DE AUTORIZACIONES |