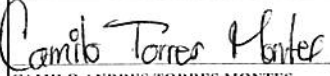
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y CAMILO ANDRÉS TORRES MONTES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.030.524.045		
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 2903 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.952.128		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 22.915.968		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		10		Nº CDP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	5	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.868.480	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22345
VALOR ADICIONADO	\$ 2.656.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25284
VALOR ADICIONADO	\$ 2.666.624	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29291
VALOR ADICIONADO	\$ 2.549.760	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32562
VALOR ADICIONADO	\$ 8.222.976	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36687
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 Información Dinámica Gerencial de los pacientes que fueron clasificados con un Triage I,II y III				
2	Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programación de Cirugías ambulatorias				
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, IDUA, 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 identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados				
4	Subi soportes de verificación de derechos en el sistema de Información Dinámica Gerencial en el ítem de Requerimientos y realice actualización periódica del paciente durante la estancia en la institución				
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 Gestión de autorizaciones según lo establecido en la Resolución 3047_2008 o con los mecanismos dado por cada EAPB desde la Urgencia, Estancia y procedimientos según el servicio en donde se encuentre Ubicado				
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorización (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorización de los servicios solicitados				
10	Subi los soportes de la Gestión de autorización en el Sistema de Información Dinámica Gerencial (Urgencia , Estancias y procedimientos)				

11	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y así dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente
12	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Institucionales
13	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor de contrato.
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	9474355044
OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	COMPENSAR
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR
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	
 CAMILO ANDRES TORRES MONTES CC 1030524045 CEL 3243507102	

		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:	CAMILO ANDRES TORRES MONTES		CC:	1030524045	
			RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILO.NONTES24@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3243507102	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87 52 33		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:	055088430713856
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2903 2024	Nº CDP:	2598	Nº. RP:	36687
					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:\$ 22.915.968
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.549.760				
	DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS				
 CAMILO ANDRES TORRES MONTES CC: 1030524045 TELÉFONO: 3243507102					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 101052-4045		TORRES MONTES CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 87A #52-33Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3243507102	No

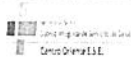
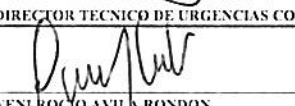
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	969372946	9474355044	I	2024/10/10	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCEPAL (3 Afiliados)					\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$1,300,000	\$31,700
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$1,300,000	\$31,700
1	CC	1030574045 TORRES CAMILO	25-14	30	\$208,000	EP5006	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$1,300,000	\$31,700	14-7	30	\$1,300,000	\$31,700
Total Afiliados(1)					\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$1,300,000	\$31,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE ICBF	
CC 100524045		TORRES MONTES CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 87A #52-33Sur	BOGOTÁ BOGOTÁ D.E.	3243507102	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor		
2024-09	2024-09	947355044	1	1	2024/10/10	2024/10/09	0		\$402,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	ABONADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES AGORA	SALDOS E INCAPACITADOS	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078			
		APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSION: 2			
		FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA			CAMILO ANDRES TORRES MONTES				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.030.524.045				
I. INFORMACIÓN 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 N.º.		PS 2903 2024	FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.952.128					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.915.968		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.549.760,00		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	Nº CRP INICIAL:	14130	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	317		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)						
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9474355044	OPERADOR:	APORTES EN LINEA			
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							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (S)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (S)	PRORROGA (S)		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.868.480	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22345	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.656.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25284	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.666.624	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29291	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.549.760	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32562	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 8.222.976	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36687	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
III. POLIZAS (SI APLICA)							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº 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 cargo en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?				X		
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 (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					
							
		YENY ROCIO AVILA RONDON LIDER DE AUTORIZACIONES					

