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 CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADD ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CLARA INES DIAZ GOMEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**51.961.254**		
OBJETO DEL CONTRATD:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3262 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.048.234		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		2.672.026
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	17129	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE MESES (9)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	957	**CRP DE LA ADICION:**	22725	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26076	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33878	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38079	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41164	**TIEMPO PRORROGADD:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43164	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADD	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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	Se recepcionó del correo las facturas generadas y organizadas por pagador.
2	Se verificó historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.
3	Se realizó la liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago
4	Se realizó la legalización de las facturas que contienen las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)
5	Se realizo devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna.
6	Se valido que los cargo estén acoden a RIPS oportunamente por cada una de las FEV a radicar a las entidades responsables de pago.
7	Se valida los soportes para garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.
8	Se informó oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas.
9	Se valida las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las entidades responsables de pago, para radicación de facturas.
10	Se realiza acompañamiento los facturadores que se encuentran en los centros de atención, garantizando los soportes necesarios para la radicación efectiva.
11	Se está en disposición cuando sea necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH .
12	Se realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS
13	Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1066658697	**OPERADOR:**	**PAGO SIMPLE**

CDNCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	11/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	11/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA DE SEGUROS**	11/10/2024	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del otal anexo copio 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 ocasion 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

CLARA INES DIAZ GOMEZ
CC:51961254
CEL:3138309776

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLARA INES DIAZ GOMEZ**	**CC:**	**51961254**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	claradiazgomez@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3138309776**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 36B SUR 10B-21	**CIUDAD:**	BOGOTA D C

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomare costos y deducciones	(X)
SI tomare 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 paragrafo 4 del decreto unico 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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:	**BANCO DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**458000027649**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 3262 2024	**N° CDP:**	3385	**N°. RP:**	43164	**PLAZO DE CONTRATOS INCLUIDAS PRORROGAS NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES 24.048.234**
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)	$ 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTI SEIS PESOS MDA/CTE					

CLARA INEZ DIAZ GOMEZ
C.C 51961254
cel: 3138309776

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLARA INES DIAZ GOMEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.961.254				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3262 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.048.234		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	2.672.026	
N° PAGO / N° DE INFORME:	NUEVE(9)	N° CRP INICIAL:	17129	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE MESES (9)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1066658697		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22725	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26076	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29739	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33878	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38079	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41164	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43164	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 articulo 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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-11, 09:24:28 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066658697

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8838124440

PAGADO 11/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES DIAZ GOMEZ		
Documento	CC51961254	**Dirección**	CR 36B #2 B - 05 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5603400
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51961254	CLARA INES DIAZ GOMEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(21100) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(19902) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	2.44	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN ECC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos