4293

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

MARIA CAMILA CANTE LEON

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.001.067.010**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACIDN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4398 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**19/07/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 838.283**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	Doce (12) dias		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 6.047.610**		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.796.320**
Nª DE INFORME:	CUATRO (4)	**N° CRP:**	35774	**N° CDP:**	2318
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES DOCE (12) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ESE HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TRES (3)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	TRES (3)	**PRORROGAS**	**TRES (3)**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38150	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.676.565**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41233	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.736.442**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43227	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

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

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	se realizo llamado a ventanilla de cada paciente de acuerdo numero de digiturno
2	se verifico estado de ordenes y autorizaciones de acuerdo a solicitud del paciente
3	se genero verificacion y estados de afiliacion de cada uno de los pacientes
4	se valida y se reviso frecuencia y pertinencia en solicitudes de cada paciente
5	se realizo actualizacion de informacion a solicitud
6	se genero la facturacion anticipada de consulta diaria
7	se genero entrega de factura electronica de acuerdo a solicitud del paciente
8	se realizo entrega de facturacion de caja de acuerdo a solicitud
9	se realizo cierre de caja con recaudo completo del dia
10	se realizo la entrega de acuerdo a solicitud del area
11	se genero la correcion de cuentas a solicitud
12	se validaron planes de contigencia para continuar con los servicios
13	se asistio oportunamente a cada capacitacion de acuerdo a solicitud

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94738413888 / 94754445513	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	15/10/2024	**$ 163.900**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	15/10/2024	**$ 209.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURAMERICANA**	15/10/2024	**$ 32.000**
OTRO	**COMPENSAR**	15/10/2024	**$ 7.900**
	TOTAL PAGADO		**$ 413.600**

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 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 cargute 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

Maria Camila Cante

MARIA CAMILA CANTE LEON
CC:1001067010
CEL:3123546350

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:	MARIA CAMILA CANTE LEON	**CC:**	1001067010
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	mariacamilacanteleon@gmail.com	**TELÉFONO:**	3123546350
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 70A SUR 102 51 BLOQ 1 CS 44	**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 parágrafo 4 del decreto único 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 : RESOLUCION 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributacion	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**550488424819255**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO ND SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4398 2024	**N° CDP:**	3385	**N°. RP:**	43227	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	19/07/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $6.047.610**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.796.320					
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Maria camila cante

MARIA CAMILA CANTE LEON
C.C 1.001.067.010
cel: 3123546350

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 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			**MARIA CAMILA CANTE LEON**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.001.067.010**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 4398 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**19/07/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 838.283				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.047.610		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.796.320
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 de 4)	**N° CRP INICIAL:**	35774	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2318
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES DOCE (12) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9473841388 / 9475444513**		**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - AMBULATORIOS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	TRES (3)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				TRES (3)	TRES (3)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38150	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.676.565**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41233	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.736.442**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43227	**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:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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 CANO HERRERA **REFERENTE FACTURACION**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001067010		CANTE LEON MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73#92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	977655120	9473841388	I	2024/10/03	2024/10/15	NEQUI	12	$373,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
TOTAL				**1**	**$370,500**	**$3,200**	**$0**	**$373,700**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001067010		CANTE LEON MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73#92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	982555823	9475444513	N	2024/10/03	2024/10/15	NEQUI	12	$39,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$300	$0	$32,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,800	$100	$0	$7,900
TOTAL				**1**	**$39,500**	**$400**	**$0**	**$39,900**