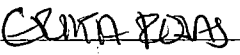
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.920.749		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN 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 3140 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.592.640		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 16.166.880		2 MESES	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.796.320			
Nº DE INFORME:		9		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		NÚMERO 17022		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6AT CENTRO DE SALUD ALTAMIRA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22635
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	25991
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29658
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33801
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38007
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41094
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43098
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA:		FECHA DE APROBACIÓN:			
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)					
ITEM					
1	Se realiza llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.				
2	Se verifica las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
3	Se verifica derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos				
4	Se revisa y valida servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
5	Se actualiza datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.				

7	Se genera factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.		
8	Se recepciona dinero, generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.		
9	Se realiza el cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.		
10	Se entrega las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área		
11	Se corrige dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.		
12	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.		
13	Recepciono, distribuyo y realizo seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización.		
14	Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.		
15	Se realiza las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato		
16			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	80358609		
OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	9/10/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	9/10/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR S.A	9/10/2024	\$ 31.700
OTRO	COMPENSAR CAJA	9/10/2024	\$ 26.000
TOTAL PAGADO			\$ 428.200
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 Ibo se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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			
 ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO CC:1023920749 CEL:3116321083			

 Secretaría de Salud 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 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:	ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO			CC:	1023920749	
CÓRREO ELECTRÓNICO:	ERIKAROJAS385@GMAIL.COM			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 41 BIS SUR # 0-51 ESTE			TELÉFONO:	3116321083	
				CIUDAD:	BOGOTÁ	
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	AV VILLAS		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	038775727
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERÍODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3140 2024	Nº CDP:	3385	Nº. RP:	43098	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16,166,880
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	1,796,320					
	UN MILLON SETECIENTOSNOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					
 ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO C.C 1,023,920,749 cel: 3116321083						



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

ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.023.920.749

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN 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 3140 2024

FECHA INICIO CONTRATO

1/02/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.592.640

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

16.166.880

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.796.320

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(9 de 9)

Nº CRP
INICIAL:

136

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

17022

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

NUEVE (9)

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

80358609

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

AMBULATORIOS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD ALTAMIRA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

7

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

7

7

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

957

RP DE LA
ADICIÓN:

22635

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

1372

RP DE LA
ADICIÓN:

25991

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

1722

RP DE LA
ADICIÓN:

29658

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

2229

RP DE LA
ADICIÓN:

33801

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

2661

RP DE LA
ADICIÓN:

38007

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

3107

RP DE LA
ADICIÓN:

41094

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

1.796.320

CDP DE LA
ADICIÓN:

3385

RP DE LA
ADICIÓN:

43098

TIEMPO
PRORROGADO:

UN MES (1)

VALOR ADICIONADO

\$

-

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

(MESES O DIAS)

VALOR ADICIONADO

\$

-

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

(MESES O DIAS)

VALOR ADICIONADO

\$

-

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

(MESES O DIAS)

VALOR ADICIONADO

\$

-

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
			X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	☒	
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?	☒	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	☒	
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?	☒	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	☒	
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	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023920749	ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO		Calle 41 bis sur no 0-51 este	4658594	Eri-095@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80358609	\$428.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023920749	ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO		Calle 41 bis sur no 0-51 este	4658594	En-095@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80358609	\$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Salud	Parafiscales	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023920749	ROJAS RIAÑO ERIKA VANESA	59	0											231001	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	162,500	14-7	1,300,000	3	31,700	CCF24	1,300,000	26,000	0	0	0	0	0

PAGADA