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 GESTION

CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

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

MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.010.215.822**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, 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 4045 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/05/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 1.119.706**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 10.538.411**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.975.952**
N° DE INFORME:	6	**N° CRP:**	29424	**N° CDP:**	1450
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES 10 (DIEZ) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	1.514.897	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1794	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30245	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33943	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38140	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41222	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43217	**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:**	

III. POLIZAS

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

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)

ITEM	
1	realice ingreso de pacientes en la unidad santa calra urgenias pediatria ya que esta ventanilla no cuenta con admisionista
2	durante el desarrollo de los turnos en urgencias verifique y realice validacion de derechos de los pacientes a los cuales se les presto la atencion
3	en el momento que realice la admision de los pacientes en la unidad se actualizo la ficha en DGH
4	se reporto por correo electronico al area de trabajo social en el momento que a la ventanilla de urgencias llegaron pacientes irregulares o retirados la cuales necesitaron de un estudio social de caso
5	en el momento de realizar la validacion del paciente para darle la salida tuve en cuenta los soportes y autorizaciones que el area de autorizaciones adjunto de igual manera volvi a validar el documentos en comprobadores
6	antes de generar la factura me asegure que cada ingreso tuviera los soportes pertinentes en requerimientos como la orden de salida, electrocardiograma, hoja de gastos, record de anestesia, aplicación de medicamento, bancos de sangre, gases arteriales entre otros
7	se realizaron los recibos de caja de cada paciente que genero copago según normatividad
8	en el desarrollo de mis funciones me realizaron arqueo y no encontraron ninguna novedad
9	en el periodo que soporto asisti a todas las capacitaciones tnto presenciales como virtuales
10	en el momento de ser requerida por la jefe he tenido la disponibilidad para cumplir lo requerido

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**10672092I5**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**9/10/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/10/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**9/10/2024**	**$ 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 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 ocasion al señalado contrato

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotograficas y o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Alejandra Solorzano

MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS:
CC: 1010215822
CEL.:3122193305

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 ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS**	**CC:**	**1010215822**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	mariaalejandrasolorzanoolmos@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3122193305**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 65 SUR 7D 70	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 único 1625 de 2016. modificados por los articulos 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 CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24099889588**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4045 2024**	**N° CDP:**	**3385**	**N°. RP:**	**43217**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/05/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10538411**
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)	$ 1.975.952					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MDA/CTE					

MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS
C.C 1010215822
cel: 3122193305

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 ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.010.215.822**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, 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 4045 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/05/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.119.706,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.538.411,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.975.952,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(6 de 6)	**N° CRP INICIAL:**	29424	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1450
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067209215		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PRDCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA URGENCIAS PEDIATRIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	1.514.897	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1794	**RP DE LA ADICIÓN:**	30245	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33943	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38140	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41222	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43217	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	[illegible]	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		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?		
2	¿El contratista autorizo 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 ejecucion 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:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **YAMILE CANO HERRERA** **PERFIL:** **Referente Área de Facturación**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-09, 11:35:13 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067209215

Periodo Cotización 202409 **Periodo Servicio** 202409

Cliente:

PAGADA 2024-10-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS				
Documento	CC 1010215822	**Dirección**	CL 65 SUR #7 D - 70 TORRE 10 APTO 501		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3122193305		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010215822		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					SOLORZANO OLMOS MARIA ALEJANDRA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS047		12.5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-01	3	2.436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	NIN CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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

¡El Poder de lo SIMPLE!