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 INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	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						
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.908.143			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4797 2024		FECHA INICIO CONTRATO		3/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.672.026		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	30/09/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.344.052			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	41255	Nº CDP:	2893
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN MES (1) Y VEINTIOCHO DIAS (28)					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3336	CRP DE LA ADICIÓN:	42811	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA

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	Genere reporte diario del detallado de facturación y ordenes de salidas del dia inmediatamente anterio, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue Consolidado en el DRIVE-el cual esta en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com
2	Verifique que lo facturado y lo que tiene Ordenes de salida cuenten con las autorizaciones según los servicios prestados,y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinamica Gerenmcial-Requqerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida
3	Reporte diariamente al area de facturacion los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar Los cuales furon Reportar por correo uditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co
4	Revise diariamente el Censo por servicios esto con el fin de poder identificar oportunamente las incostencias en el proceso de autorizaciones y asi realice el reporte a los referentes trasversales del proceso de autorizaciones
5	Verifique que se encuentren los soportes administrativos de las revision de las bases de datos (DNP,ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS, VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB,y se guardo evidencia en carpeta diaria nombrada por ingreso
6	Subi soportes de gestion de autorizaciones y verificacion de derechos de cada uno de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalizacion y/o de programacion de procedimeintos ambulatoria en Dinamica Gerencial"
7	Di respuesta oportuna de cada uno de los casos que reporta el area de cuentas medicas
8	Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistecia , esto con el fin de que se subsanen
9	Realice informe mensual con el comportamiento frente a la gestion de las Unidades en el proceso de autorizaciones enviado a autorizaciones@subredcentrooriente.gov.co-referente de autorizaciones
10	Asisti a las capacitaciones, reuniones programadas por la área y/o la Subred:
11	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.
12	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7941597917	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/10/2024	$ 162.700
PENSIÓN:	PORVENIR	11/10/2024	$ 208.200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/10/2024	$ 31.800
OTRO	COMPENSAR CAJA	11/10/2024	$ 26.100
TOTAL PAGADO			$ 428.800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Jeimmy Verdugo Campos.

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC 1023908143
CEL 3022624191

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS	CC: RUT (NIT):	1023908143
CORREO ELECTRÓNICO:	jjverdugoc17@gmail.com	TELÉFONO:	3022624191
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 22A SUR N° 7-39	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		( )	
SI tomaré costos y deducciones		(X)	
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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0570008480371072

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4797 2024	N° CDP:	3336	N°. RP:	42811	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES (1) Y VEINTIOCHO DIAS (28)
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/09/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/09/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:S 5.344.052
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS					

Jeimmy Verdugo

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC: 1023908143
TELÉFONO: 3022624191

Secretaría Distrital 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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.908.143		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4797 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		3/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.672.026				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.344.052		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.672.026,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:**	42811	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2893
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN MES (1) Y VEINTIOCHO DIAS (28)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7941597917		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			**ADICION (1)**	**PRORROGA (1)**
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3336	**RP DE LA ADICIÓN:**	42811	**TIEMPO PRORROGADO:** UN MES (1)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° 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 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:	NOMBRE Y FIRMA EL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO
	NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR: YENI ROCIO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023908143
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 22 A SUR N° 7 - 39	TELÉFONO:	2391149
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7941597917	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	975881142

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 200**	**$ 208.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 200	$ 0	$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 162.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0		$ 31.800
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 100**	**$ 0**		**$ 31.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 100	$ 26.100
SUBTOTALES:			**$ 26.000**	**$ 100**	**$ 26.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1023908143	VERDUGO CAMPOS JEIMMY JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1,300,000	$ 208,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208,000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,300,000	$ 162,500	$ 0	$ 162,500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1,300,000	102390814	$ 31,700	30	$ 1,300,000	CCF24-COMPENSAR	$ 26,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 428.800**

Planilla Pagada