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**

**LUZ AMANDA MORA ROJAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | **1.033.709.922** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 3162 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **1/02/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.592.640 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | | DOS MESES (2) | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 16.166.880 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.796.320 |
| **Nº DE INFORME:** | NUEVE ( 9 ) | **Nº CRP:** | 17043 | **Nº CDP:** | 136 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | NUEVE MESES ( 9 ) | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY | | | |
| **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** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 957 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22652 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 26008 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29674 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33817 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38021 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41107 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 43111 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **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** |
|---|---|---|---|---|
| **Nº DE PÓLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA |

**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 verificar las órdenes médicas y autorizacion física que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente |
| 2 | se genera facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. |
| 3 | Se generar factura electrónica de venta en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente |
| 4 | se generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. |
| 5 | Se hace cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesoreria. |
| 6 | Dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, se soportan las devoluciones que hace el analista de cuentas. |
| 7 | Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. |
| 8 | Realizo planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. |
| 9 | Se soportan las facturas generadas a diario y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. |
| 10 | se realiza llamada a los usuarios a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No. DE PLANILLA:** | 73677297 | **OPERADOR:** | ENLACE OPERATIVO |
|---|---|---|---|

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **EPS SANITAS** | **8/10/2024** | **$ 162.800** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | **8/10/2024** | **$ 208.300** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | **8/10/2024** | **$ 31.800** |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 402.900** |

**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 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CC:1033709922**
**CEL:3132053087**

| Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-1A-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LUZ AMANDA MORA ROJAS** | **CC:** | **1033709922** |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | MORAAMY31@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3132053087** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | TV 3 D BIS 49 C 47 SUR | **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** tomaré costos y deducciones | ( ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a titulo 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 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:** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488405598522** |
| **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 3162 2024** | **N° CDP:** | **3385** | **N°. RP:** | **43111** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **1/02/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/10/2024** | | **$ 16.166.880** |
| **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 | | | | | |
| | **MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE** | | | | | |

**LUZ AMANDA MORA ROJAS**
**C.C 1033709922**
**cel: 3132053087**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYD – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATD 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** | *LUZ AMANDA MORA ROJAS* |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.033.709.922** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | prestar servicios como bachiller de apoyo para 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 3162 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 PERIODO A CERTIFICAR:** | | 1.796.320 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME:** | (9 de 9) | **Nº CRP INICIAL:** | 17043 | **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 136 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 9 meses | | | | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 73677297 | | **OPERADOR:** | enlace operativo | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | facturacion consulta externa | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 5dt centro de salud diana turbay | | | | |
| **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:** | 22652 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 mes |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 26008 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1mes |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 29674 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1mes |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 33817 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1mes |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 38021 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1mes |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 41107 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1mes |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 43111 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1mes |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | |
| **Nº DE POLIZA:** | XX | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | |
| **FECHA DE LA POLIZA** | DD/MM/AAAA | | **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 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 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 ( 1/10/2024) 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**

enlace operativo

# Recibo Pago

**Nit de comercio operador de información**
900089104-5
**Razón social del operador de información**
Enlace Operativo
**Descripción**
Pago de Seguridad Social
**Fecha**
08/10/2024 22:00
**Período de cotización otros riesgos**
septiembre 2024
**Período de cotización para salud**
septiembre 2024
**Empresa**
AMANDA MORA
**ID**
1033709922
**Nombre aportante**
AMANDA MORA
**Dirección IP de origen**
10.0.19.58
**Datos Valores pagados**

| Administradora | Valor sin Mora | Valor Mora | Total |
|---|---|---|---|
| PROTECCION | $208,000.00 | $300.00 | $208,300.00 |
| EPS SANITAS | $162,500.00 | $300.00 | $162,800.00 |
| ARL SURA | $31,700.00 | $100.00 | $31,800.00 |

**Subtotales**
**Valor sin mora**
$402,200.00
**Valor mora**
$700.00

**Referencia de pago / N° planilla**
73677297

**Tipo de planilla**
I
**Número transacción bancaria / CUS**
969546416
**Banco**
1507 - NEQUI
**Total pagado**
$402,900.00