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-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-17

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

YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.051.475.030**		
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 3180 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.592.640**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
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:**	17233	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ESC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	SIETE (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**SIETE (7)**	**PRORROGAS**	**SIETE (7)**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22666	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICION:**	26022	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICION:**	29687	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33828	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38032	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3167	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41118	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43122	**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:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Descargue las agendas asignadas con el fin de revisar la ERP y generar las facturas de los pacientes que no aplica cobro
2	Verifique las órdenes medicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente
3	Verifique derechos de usuarios en las seguridad social o afiliación del usuario y adjunte a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos
4	Revise y valide servicios por frecuencias de uso, grupo etario, genero y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Actualize datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información
6	Facture los usuarios que no cancelan copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención medica, para disminuir filas en salas de espera
7	Genere factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soporte con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente
8	Asista a Dos capacitaciones del area de facturacion

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**10664452O9**	**OPERADOR:**	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**14/10/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**14/10/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	**14/10/2024**	**$ 31.700**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 404.400**

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 sample, 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 seop 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ
CC: 1051475030
CEL: 3138121155

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSION: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ			CC:	1051475030
				RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	psamith9@gmail.com			TELÉFONO:	3138121155
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 22 [illegible]			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaracion 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 retencion en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y paragrafo 4 del decreto unico 1625 de 2016, modificados por los articulos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicacion 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	Nº CUENTA:	677891066
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 3180 2024	Nº CDP:	3385	Nº. RP:	43122	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2024	FECHA DE TERMINACION CONTRATO:		31 DE OCTUBRE 2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 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: (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.796.320
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE						

YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ
C.C 1051475030
cel: 3138121155

Secretaría de Salud de Bogotá
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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.051.475.030				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
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 3180 2024	FECHA INICIO CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	Nº CRP INICIAL:	136	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	17233
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1066445209	OPERADOR:	SIMPLE		
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

Nº DE MODIFICACIÓN:	SIETE (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				SIETE (7)	SIETE (7)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	26022	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	29687	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	33828	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	38032	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	41118	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	43122	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

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 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 legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaracion del informe de ejecucion de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presento satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SICOP?	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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

MG

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-15, 04:26:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066445209

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8857315350

PAGADO 14/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ		
Documento	CC1051475030	**Dirección**	CL 28 SUR #0 - 55 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138121155
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1051475030	YULEIDY ZAMITH PEREZ LOPEZ	59	00																		0	30	30	0	(239) NO COTIZA PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2.436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NEN CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 2.200	$ 404.400

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.