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: 2024-09-16

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

RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**52.856.428**				
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 3171 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) 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:**	17051	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
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:**	22658	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICION:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26014	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29680	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33822	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38026	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41112	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICION:**	43116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

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	Realice llamado a ventanilla de cada paciente de acuerdo con el turno dado de la Unidad.
2	Verifique el estado de ordenes y autorizaciones de acuerdo a solicitud del paciente
3	Genere verificación y estados de afiliación de cada uno de los pacientes
4	Valide y revise frecuencia y periodicidad en solicitudes de cada paciente
5	Realice actualización de información a solicitud Generé la corrección de las cuentas a solicitud del área
6	Genere la facturación anticipada de consulta diaria
7	Realice entrega de factura electrónica de acuerdo a solicitud del paciente
8	Realice entrega de facturación de caja de acuerdo a solicitud Brinde el apoyo necesario y realice planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
9	Recibí abonos de acuerdo al estado de afiliación de cada usuario Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
10	Realice cierre de caja con recaudo completo del día Asistí oportunamente a cada capacitación de acuerdo a solicitud

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474050524	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	**EPS SURA**	9-10-2024	$	162.800
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	9-10-2024	$	208.300
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	9-10-2024	$	31.800
OTRO				
	TOTAL PAGADO			$ 402.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle 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 seinp 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 período correspondiente

RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS
C.C 52.856.428
cel: 3193612531

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYD – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS	CC:	52856428
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRONICO:	MERCHAN.RAMOS@GMAIL.COM	TELEFONO:	3193612531
DIRECCION DOMICILIO:	CRA 49C BIS #68D-088	CIUDAD:	BOGOTA D.C
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024:			
NO firmare costos y deducciones		(X)	
SI firmare 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 unico 1625 de 2016, modificados por los artículos 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: RESOLUCION 00165 ARTICULO 12. Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes se optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributación		SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 4622028356
NOMBRE DEL BANCO (SOLO CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)			

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 3171 2024	Nº CDP:	3385	Nº. RP:	43116	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO:	01 DE FEBRERO DE 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE OCTUBRE 2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/10/2024	AL	31/10/2024			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.796.320
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTAY SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA / CTE						

RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS
C.C 52.856.428
cel: 3193612531

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-07
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.856.428**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 3171 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**			**01 DE FEBRERO DE 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:	NUEVE (9)	**Nº CRP INICIAL:**	17051	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9474050524**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - AMBULATORIOS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES**				
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:**	22658	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26014	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29680	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33822	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38026	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41112	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	0	**CDP DE LA ADICION:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	0	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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 contraetuales, 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 articulo 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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52856428		MERCHAN RAMOS RUTH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49 C BIS 68 D 98 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969460709	9474050524	I	2024/10/07	2024/10/09	SCOTIABANK COLPATRIA	2	$402,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$300	$0	$208,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$300	$0	$208,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$300	$0	$162,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$300	$0	$162,800
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$700**	**$0**	**$402,900**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52856428		MERCHAN RAMOS RUTH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49 C BIS 68 D 98 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969460709	9474050524	I	2024/10/07	2024/10/09	SCOTIABANK COLPATRIA	2	$402,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$D	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 52856428	MERCHAN RUTH	231001	30	$1,300,000	$208,000	EP5010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0