3210

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE LA CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-GA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

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

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		10.239.751.196	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACRIN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3210-2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	1-02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.783.568	**VALOR DE HONORARIOS PERIDDO A CERTIFICAR:**	$ 1.975.952
Nº DE INFORME:	9	**Nº CRP:** 17083	**Nº CDP:** 136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		22 A HOSPITAL LA VICTORIA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**	

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22688	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26041	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	1727	CRP DE LA ADICIÓN:	29705	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33836	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38049	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41135	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICION:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43138	TIEMPO PRORROGADO:	1MES

III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	NO
Nº DE POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA POLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**	

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	Se verifico la apertura de ingreso y admision por parte del area de autorizaciones de los usuarios a facturar
2	Se verifico en el sistema DGH los soportes del paquete administrativo cargados el área de autorizaciones de los usuarios a facturar
3	Se verificó que los datos de los usuarios estuvieran registrados en el sistema de información DGH
4	Se informo al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo
5	Se revisó que los soportes y respuestas coincidieran con el usuario a facturar
6	Se realizó la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar
7	Se verificaron las actividades cargadas en el sistema DGH para la elaboracion de la factura al paciente
8	Se validaron los soportes entregados por el area de autorizaciones, realizando reporte de las novedades presentadas
9	Se dio egreso dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas reportadas por el área asistencial
10	Se entregaron las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad
11	Se verificó el cargue de los soportes manuales en el sistema de información DGH reportando las novedades a las área encargadas
12	Se generaron las facturas y/o registros de servicios y los recibos de caja a los pacientes segun aplique en la normatividad vigente
13	Se realizan los recibos de caja a los pacientes segun la normatividad
14	Se generaron y confirmaron en el sistema de información DGH los formatos de pagare autorizados por el área de trabajo social y validados por referentes del área de facturación
15	Se verificó el saldo de los pacientes que se acercaron a la ventanilla y se realizaron los recibos de caja a los abonos de pacientes
16	Se realizo el cierre de caja al finalizar la jornada generando los formatos de entrega y legalización al área de tesoreria
17	Se generaron las facturas y/o registros de servicios para su posterior soporte y armado por el área encargado
18	Realicé las correcciones reportadas por el revisor de cuentas dentro de los tiempos establecidos
19	En las caidas o lentitud del sistema se realizo el plan de contingencia dando prioridad a los pacientes con salida
20	Se realizo el seguimiento a los ingresos asignados realizando el apoyo requerido
21	Asistia las capacitaciones y socializaciones realizadas por los grupos del área
22	Apoyé los procesos desde mi alcance en momentos de contingencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	73744194	**OPERADOR:**	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	11/10/2024	$ 163.400
PENSIÓN:	PORVENIR	11/10/2024	$ 209.100
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	11/10/2024	$ 31.900
OTRO	COMPENSAR CCF	11/10/2024	$ 26.200
	TOTAL PAGADO		**$ 430.600**

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 percibidos del mes anterior pago del cual anexo copia simple sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a ARL, AFP, EPS o FPV).
3.- Que adjunto certificación del cargue en el aplicativo o recibo de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
4.- Que adjunto los impuestos y que estos obligados a pagar, por cuanto 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

Karol Alarcon

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1023975119
CEL: 3209064181

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-[illegible] **VERSIÓN:** 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**KAROL LIZETH ALARCON SANTOS**	**CC:**	1023975119
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	[illegible]	**TELÉFONO:**	3209064181
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 5 ESTE #36B 25 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 tomare costos y deducciones	**( )**

La presente certificacion 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 [illegible] 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 aplicación de la renta exenta del [illegible] 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 Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**033128935**
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 3210 2024**	**N° CDP:**	**3385**	**N°CRP**	**43148**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: [illegible]**
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 MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/C					

Karol Alarcon

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
C.C 1023975119
cel: 3209064181

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-FU 078
VERSIÓN: 2

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**KAROL LIZETH ALARCON SANTOS**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.023.975.119**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3210-2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				[illegible]
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.783.568		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ [illegible]
N° PAGO / N° DE INFORME:	9	**N° CRP INICIAL:**	17083	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	[illegible]
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**73744194**		**OPERADOR:**	**ENLACE OPERATIVO**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - URGENCIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**21LV HOSPITAL LA VICTORIA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22688	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26041	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29705	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33846	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38049	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41135	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43138	**TIEMPO PRORROGADO:**	[illegible] MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N°. 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 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:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **DIRECTOR FINANCIERO** **YAMILE CANO HERRERA** **REFERENTE FACTURACION**

Recibo Pago

Nit de comercio operador de información
900089104-5
Razón social del operador de información
Enlace Operativo
Descripción
Pago de Seguridad Social
Fecha
11/10/2024 12:07
Período de cotización otros riesgos
septiembre 2024
Período de cotización para salud
septiembre 2024
Empresa
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
ID
1023975119
Nombre aportante
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
Dirección IP de origen
10.0.19.58
Datos Valores pagados

Administradora	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
PORVENIR	$208,000.00	$1,100.00	$209,100.00
EPS SURA	$162,500.00	$900.00	$163,400.00
ARL SURA	$31,700.00	$200.00	$31,900.00
COMPENSAR CCF	$26,000.00	$200 00	$26,200.00

Subtotales
Valor sin mora
$428,200.00
Valor mora
$2,400.00

Referencia de pago / N° planilla
73744194

Tipo de planilla
I
Número transacción bancaria / CUS
975340108
Banco
1507 - NEQUI
Total pagado
$430,600.00