| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| YAMILE ENCISO GUERRA | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 53.131.830 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 5503 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | | 1/11/2024 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.951.904 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS | | | |
| VALÓR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 3.951.904 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ | 1.975.952 |
| N° DE INFORME: | 1 | N° CRP: | 47405 | N° CDP: | | 3769 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | | HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 0 | PRORROGAS | 0 |

| III. POLIZAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X |
| N° DE POLIZA: | 123 | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | ABC |
| FECHA DE LA POLIZA | 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II |
| 2 | Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programacion de Cirugias ambulatorias |
| 3 | verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresdaos |
| 4 | Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion |
| 5 | Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento |
| 6 | Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados |
| 7 | Realice el Censo y seguimiento de pacientes que se encuentra en el servicio, esto con el fin de tener identificado el 100% de los pacientes que se encuentran en los servicios diariamente y realice reporte de estancia y procedimientos |
| 8 | Realizar la hospitalización y asignación de cama en DGH de los pacientes que se informen desde el area asistencial que se les debe asignar una Primera Cama |
| 9 | Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solcitados |
| 10 | Realice seguimiento a los casos que desde el ingresono contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solcitados |
| 11 | Subi los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica Gerencial ( Urgencia , Estancias y procedimientos) |
| 12 | Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente |
| 13 | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales |
| 14 | Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato. |

| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 1067289905 | | OPERADOR: | SIMPLE | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | FAMISANAR | 15/11/2024 | $ | 162.500 | |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 15/11/2024 | $ | 208.000 | |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 15/11/2024 | $ | 31.700 | |
| OTRO | 0 | 15/11/2024 | $ | - | |
| TOTAL PAGADO | | | | $ 402.200 | |

**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

Yamile Enciso.

YAMILE ENCISO GUERRA
CC 53131830
CEL 3504967757

| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024) | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | YAMILE ENCISO GUERRA | CC:<br>RUT (NIT): | 53131830 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | yamileencisoguerra@gmail.com | TELÉFONO: | 3504967757 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CARRERA 87C N°69A - 43 SUR TORRE 2 APT 708 | 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 | | (X) | |
| SI tomaré 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 | | | |
| 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 008400723543 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5503 2024 | N° CDP: | 3769 | N°. RP: | 47405 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 1/11/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/12/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 3.951.904 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIÓDO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ 1.975.952 | | | | | |
| | UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS | | | | | |

Yamile Enciso

YAMILE ENCISO GUERRA
CC: 53131830
TELÉFONO: 3504967757

| | | |
|---|---|---|
| Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACION<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CODIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSION: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | | | YAMILE ENCISO GUERRA | | |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | 53.131.830 | | |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 5503 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 1/11/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.951.904 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 3.951.904 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 1.975.952 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 1 | N° CRP INICIAL: | 47405 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3769 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 10672899O5 | | OPERADOR: | SIMPLE | |
| 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° (0) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | ADICION (0) | PRORROGA (0) |
| 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 ( 01/11/2024) AL (30/11/2024)

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | NOMBRE Y FIRMA EL SUPERVISOR:<br>SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO<br>CARGO:<br>DIRECTOR FINANCIERO |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR:<br>YENI ROCIO AVILA RONDON<br>PERFIL:<br>REFERENTE DE AUTORIZACIONES |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 04:09:55 AM  Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES  Numéro Planilla: 1067289905

Periodo Cotización: octubre de 2024  Periodo Servicio: octubre de 2024  Referencia pago (PIN): 8850237580

**PAGADO 14/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | YAMILE ENCISO GUERRA | | |
| **Documento** | CC53131830 | **Dirección** | CRA 87K 71A08 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3504967757 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## 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 |
| CC 53131830 | YAMILE ENCISO GUERRA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NN-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 | $ 1.000 | $ 403.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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.