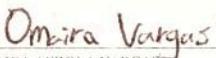
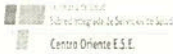
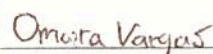
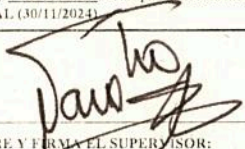


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
OMAIRA ANZOLA VARGAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.739.868		
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 5522 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	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.951.904		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.975.952	
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	47357	Nº 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					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 Ingresos en el sistema de Información Dinámica 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 programación de Cirugías ambulatorias				
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, IDUA, Comprobador, Web, páginas 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 identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados				
4	Subi soportes de verificación de derechos en el sistema de Información Dinámica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualización periódica del paciente durante la estancia en la institución				
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 área asistencial que se les debe asignar una Primera Cama				
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorización (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorización de los servicios solicitados				
10	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorización (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorización de los servicios solicitados				
11	Subi los soportes de la Gestión de autorización en el Sistema de Información Dinámica Gerencial (Urgencia, Estancias y procedimientos)				
12	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y así dar continuidad a la consecución de las autorizaciones oportunamente				
13	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Institucionales				
14	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor de contrato.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	81431048		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	\$ 162.500		
PENSIÓN:	COLFONDOS	13/11/2024	\$ 208.000		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	13/11/2024	\$ 31.700		
OTRO	COMPENSAR CAJA	13/11/2024	\$ 26.000		
TOTAL PAGADO			\$ 428.200		
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cubro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados 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 eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cubro.					
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					
 OMAIRA ANZOLA VARGAS CC 52739868 CEL. 3208728484					

		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-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OMAIRA ANZOLA VARGAS		CC:	52739868	
			RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	mairis0287@gmail.com		TELÉFONO:	3208728484	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 74 1C 13- SUR		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:	BANCO AV VILLAS		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5522 2024	Nº CDP:	3769	Nº RP:	47357
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 PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.975.952				
	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS				
 OMAIRA ANZOLA VARGAS CC: 52739868 TELÉFONO: 3208728484					

 <div> 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 </div>		CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ONAIRA ANZOLA VARGAS	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.739.868	
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5522 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
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	47357
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3769
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81431048	OPERADOR:	MI PLANILLA
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			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	ADICION (0) PRORROGA (0)
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº 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 cláusula "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 DEL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR: YENY ROCÍO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLACADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81431048	\$428.200	

TOTALES SALUD								
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor		
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162 500	0	0	0	0	1

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	850002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compuasar Caja	860065942-7	26.000	0	0	26.000
						1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				