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 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:	GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA	CC:	1033771170
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	germanmenpea1985@gmail.com	TELÉFONO:	3028544118
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5G 48P 54 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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488411026757

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5514 2024	N° CDP:	3769	N°. RP:	47406	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES (1) Y VEINTISIETE (27) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	4/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 3.951.904
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 4/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.975.952					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS					

German Eduardo Mendoza

GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
CC: 1033771170
TELÉFONO: 3028544118

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 INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1,033,771.170**		
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 5514 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		4/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN MES (1) Y VEINTISIETE (27) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.951.904		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.975.952
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**	47406	**N° CDP:**	3769
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN MES (1) Y VEINTISIETE (27) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**HOSPITAL LA VICTORIA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**			**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	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** **(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
2	Realizo actividades adicionales revision censo ffd -Drive
4	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
5	Realizo actividades adicionales en verificacion de base datos de capital salud
6	Subí 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
7	Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
8	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados
9	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
10	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
11	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
12	Realizo apoyo en los tramites de solicitud de afiliacion SAT cambio de documentos de recien nacidos en Matreno Infantl
13	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
14	Realizo verificaciones de afilaciones de oficio enviada a SDS y que no se recibio respuesta vs comprobador derechos
15	Subí los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica Gerencial (Urgencia , Estancias y procedimientos)
16	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
17	Realiza apoyo en verificacion de pacientes ffd que se les realizo afiliaicon de oficio para definir linea de pago
18	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intifucionales
19	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9476793270	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	
SALUD:	COMPENSAR	15/11/2024		$	162,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/11/2024		$	208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	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 período correspondiente

German Eduardo Mendoza

GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
CC 1033771170
CEL. 3028514118

Secretaría Distrital 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	CÓDIGO: 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			**GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.033.771.170**		
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 5514 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**4/11/2024**
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:**	**47406**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**3769**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**UN MES (1) Y VEINTISIETE (27) DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9476793270**		**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**HOSPITAL LA VICTORIA**				
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 (04/11/2024) AL (30/11/2024)

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

aportes 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 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	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
2024-10	2024-10	1050493063	9476793270	I	2024/11/20	2024/11/15	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/11/14 06:49 PM

aportes 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 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	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
2024-10	2024-10	1050493063	9476793270	1	2024/11/20	2024/11/15	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	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			$0	$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	1033771170	MENDOZA GERMAN		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
21/11/2024	SOCIALIZACION DE INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE GERMAN MENDOZA	11:30AM	12:00PM

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
AUTORIZACIONES	Jhon Jairo Bayona

1. Objetivo de la reunión:

Retroalimentar falas en el proceso de admisión y autorizaciones

2. Temas a tratar:

N/A

3. Desarrollo (Continuación):

Se inicia reunión con el colaborador German Mendoza peña, con el fin de socializar los casos de pacientes que se encontraba en la UNIDAD VICTORIA Y que no se realiza la gestión de autorizaciones oportuna.

Paciente LINA SOFIA VALERO ACERO con CC 1014661692, ingreso (17618924) fecha de ingreso del paciente 16-10-2024 que se encontraba en el servicio de GINECOLOGIA, la cual le informaron realizar bitácora y definir la línea de pago a fondo financiero gestión que no fue realizada.

A continuación, los siguientes ingresos (17710512,17710279) que no se realizan estancias iniciales.

Fecha de ingreso:05/11/2024
Nombres: MARYANGEL JOSEFINA PERALTA PEREZ
Documento: VEN16144058
EAPB: FONDO

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
21/11/2024	SOCIALIZACION DE INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE GERMAN MENDOZA	11:30AM	12:00PM

3. Desarrollo (Continuación):

Fecha de ingreso:06/11/2024
Nombres: JUAN PABLO OSORIO CARDONA
Documento: 9850674
EAPB: CAPITAL

Por lo anterior se recuerda al colaborador que la no realización de actividades en la gestión de autorizaciones oportunamente es ocasional de glosa futura, y que esto representa detrimento para la institución, se reitera que si en los casos que no se pueda realizará la gestión de autorización se debe dejar relacionado en el libro de entrega de turno los casos con la justificación del por qué no se realizó gestión, con el fin que el compañero que recibe la realice

Adicional se encuentra publicada en la Intranet de la Subred el DIRECTORIO DE EAPB donde se tiene los mecanismos y tiempos en los cuales se debe reportar las diferentes solicitudes de autorizaciones de la urgencia estancia y procedimientos

Y por último se recuerda que cuando se realizara la apertura de los ingresos se debe subir los soportes. (Adres, Comprobador, Lma, Dnp) según corresponda a cada paciente según corresponda lo cual permite definir la línea de pago, y actualización de datos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
21/11/2024	SOCIALIZACION DE INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE GERMAN MENDOZA	11:30AM	12:00PM

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
GERMAN E. MENDOZA P.	AUX ADMINISTRATIVO	VICTORIA	gecedumenpenagg@gm	
Yeni Rocio Dula	Referente Autorizadores	Dirof Financiera	Autorizadores2@subred.co	
Jhon Bocanegra Cabilla	tecnologo	Dire. financiera	Autorizadoresfin1@subred.co	