| | | |
|---|---|---|
| Secretaría 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:** | **NELSON ORLANDO MORENO RAMIREZ** | **CC:** | **80808302** |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | orlando8401@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3108687226** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CALLE 28 SUR N° 2 -29** | **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:** | **0570008480284564** |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5523 2024** | **N° CDP:** | **3769** | **N°. RP:** | **47408** | **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 04/11/2024 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** | | | | | |

Orlando Moreno

**NELSON ORLANDO MORENO RAMIREZ**
**CC: 80808302**
**TELÉFONO: 3108687226**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Centro Oriente E.S.E. | 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>VERSION: 2 |

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

**NELSON ORLANDO MORENO RAMIREZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | 80.808.302 | |
| **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 5523 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 |
| **Nº DE INFORME:** | 1 | **Nº CRP:** | 47408 | **Nº CDP:** | 3769 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | UN MES (1) Y VEINTISIETE (27) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | HOSPITAL SANTA CLARA | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 0 | **PRORROGAS** | 0 |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **Nº DE POLIZA:** | 123 | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | ARC |
| **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<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 | Realizo actividades adicionales en verificacion de base datos de capital salud |
| 4 | verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliacion del paciente o los pacientes, tanto por numero 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 revision censo ffd -Drive |
| 6 | 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 |
| 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 | Realiza apoyo en verificacion de pacientes ffd que se les realizo afiliaicon de ofcio para definir linea de pago |
| 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 afiliaciones de oficio enviada a SDS y que no se recibio respuesta vs comprobrador derechos |
| 15 | Subi 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 | Realizo apoyo en los tramites de solicitud de afiliacion SAT cambio de docuemntos de recien nacidos en Matreno Infantl |
| 18 | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales |
| 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:** | 7945179176 | **OPERADOR:** | SOI |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | COMPENSAR | 14/11/2024 | $ 163.600 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCION | 14/11/2024 | $ 209.400 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 14/11/2024 | $ 32.000 |
| **OTRO** | 0 | 14/11/2024 | $ - |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 405.000 |

**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 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

Orlando Moreno

**NELSON ORLANDO MORENO RAMIREZ**
**CC 80808302**
**CEL 3108687226**

| | | |
|---|---|---|
| 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **NELSON ORLANDO MORENO RAMIREZ** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **80.808.302** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIREÇCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 5523 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:** | **47408** | **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:** | | **7945179176** | **OPERADOR:** | | **SOI** |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | | **GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS** | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | **HOSPITAL SANTA CLARA** | | | |
| **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:**<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 |

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80808302 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NELSON ORLANDO MORENO RAMIREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 2BIS A # 27A 83 SUR | TELÉFONO: | 2071371 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicio de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7945179176 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | octubre |
| | AÑO: | 2024 | | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 9 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/11/14 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1048352209 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | TOTALES | |
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 209.400 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 209.400 |
| SALUD | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 163.600 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 163.600 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 32.000 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 32.000 |

| | |
|---|---|
| VALOR SIN MORA: | $ 402.200 |
| VALOR MORA: | $ 2.800 |
| TOTAL PAGADO: | $ 405.000 |