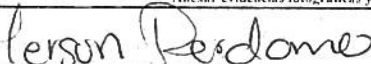
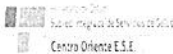
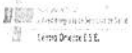
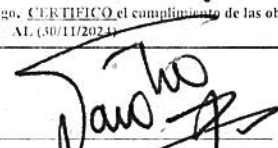
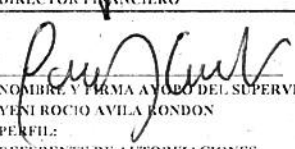


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
		APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
VERSON ANDRES PERDOMO PICO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.000.256.950			
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 5505 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:	47354	Nº CDP: 3769
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL, EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS 0
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:	123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA
ITE	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)				
M					
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, BDUA, Comprobador, Welb, 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 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 ítem 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 HITACORAS 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 encuentran 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:	1068046757		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL		13/11/2024	\$ 162.500	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		13/11/2024	\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA		13/11/2024	\$ 31.700	
OTRO	0		13/11/2024	\$ -	
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 realice el pago de la Seguridad Social donde el íbe se calculo 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 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scorp 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					
					
VERSON ANDRES PERDOMO PICO					
CC 1000256950					
CEL 3202144780					

 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:	YERSON ANDRES PERDOMO PICO	CC:	1000256950
CORREO ELECTRÓNICO:	apico2876@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10 A # 28-21 SUR	TELÉFONO:	3202144780
		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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	079002872
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5505 2024	Nº CDP:	3769
		Nº. RP:	47354
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES (1) Y TREINTA (30) DÍAS			
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 NÚMEROS)	\$ 1.975.952		
	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS		
<div> YERSON ANDRES PERDOMO PICO CC: 1000256950 TELÉFONO: 3202144780</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		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		YERSON ANDRES PERDOMO PICO	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.000.256.950	
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 N°.	PS 5505 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:	47.154
		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:	1068046757	OPERADOR:	SIMPLE
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 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 EL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO	
		 NOMBRE Y FIRMA AYUDADO DEL SUPERVISOR: YERSON ANDRES PERDOMO PICO PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES	



PAGADO 13/11/2024

II. DETALLE DEL APORTANTE

III. TOTALS

 **El Poder de lo SIMPLE**

líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5145669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 8945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



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/M ES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
20/11/24	SOCIALIZACION DE INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES LAURA VERDUGO-YERSON PERDOMO	16:00	16:30

Proceso, área que lidera la reunión *	Nombre de quien elabora el acta
AUTORIZACIONES	MILENA AGUILERA

1. Objetivo de la reunión:

Retroalimentar las inconsistencias del proceso de autorizaciones

2. Temas a tratar:

N/A

3. Desarrollo:

Se inicia reunión con los colaboradores del área de hospitalización Autorizaciones de la unidad SANTA CLARA, Laura Verdugo y Yerson Perdomo por los siguientes casos:

- Paciente **Delio López Restrepo** afiliado a la Nueva EPS con numero de documento **C.C.16347973** ingresa al unidad santa clara el día 3 de noviembre_2024 a las 11:05 am con numero de ingreso 17703206, paciente que el día 03-11-2024 se debió realizar tramite de estancia inicial en el turno de la noche quien le correspondía al adminionista de santa clara Nelson Moreno, la cual no se realizó y se dejó en seguimiento, el día 04-11-2024 llega al censo de Santa Clara del turno de Laura Verdugo Autorizador de hospitalización y no se realiza ninguna gestión, el 05-11-2024 turno de Yerson Perdonomo autorizador de hospitalización y tampoco se evidencia ninguna gestión, se verifica los censos los cuales no se visualiza ningún seguimiento desde el día del ingreso 03-11-2024 hasta el momento de la salida del paciente 11-11-2024 obteniendo un total de 7 días cobrados en piso, por tal motivo no cuenta con autorizaciones de estancia iniciales.
- Paciente **HECTOR JAVIER MOGOLLON CADENA** CC 88259975 ingresa a la unidad SANTA CLARA el día 2 de Noviembre de 2024 donde se define particular "Suspensión Por Mora. Entidad promotora de salud SANITAS S.A.S. contributivo cotizante inconsistencia en pagos. se define cuenta particular. No se evidencia seguimiento al paciente ni solicitudes por plataforma, correos del servicio prestado de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</small>	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/M ES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
20/11/24	SOCIALIZACION DE INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES LAURA VERDUGO-YERSON PERDOMO	16:00	16:30

hospitalización desde el momento del ingreso.

- El paciente presenta soportes de pago desde el día 5/11/2024 los cuales fueron enviado por correo
- No se encuentran Bitácoras de ACTIVACION del paciente, solo hay 2 bitácoras una del 2 de noviembre u otra 6 de noviembre 2024, donde la misma información en los dos días es que el paciente estaba sin cubrimiento.

4. Compromisos Establecidos y Responsables					
Qué	Quién	Cuando	Observaciones		
Tarea o Actividad	Responsable	Fecha límite	Si	No	
Realizar seguimiento a todos los pacientes que se encuentren en el censo y realizan gestión y autorizaciones a todos los pacientes incluyendo a los pacientes suspendidos por mora.	Laura valentina verdugo/ Yerson Perdomo	A partir de la firma de esta acta			

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

FECHA AÑO/M ES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
20/11/24	SOCIALIZACION DE INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES LAURA VERDUGO-YERSON PERDOMO	16:00	16:30

5. Asistencia				
Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Laura Valentina Verdugo	Autorizadora	Sta Clara	verdugolaura2210@gmail	Laura Verdugo
Milene Aguilera	Tecnologo	San Blas	mileneaguilera20@gmail	Milene Aguilera
Yerson Andres Perdomo	Repetite Autoriza Autorizador	Dir Fumador Santa Clara	afico2876@gmail.com	Yerson P.