3129

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			65.748.525		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3129 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	2 DOS MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.796.320		
Nº DE INFORME:	Nº 10	**Nº CRP:**	17011	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO (DIRECTOR FINANCIERO)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	8	**PRORROGAS**	8	
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22625	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25981	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29648	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33791	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37997	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41085	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43089	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44976	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 DOS MESES
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**			**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			DD/MM/AAAA	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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).

ITEM	
1	Se verifica estado de afiliacion paciente comprobador derechos y adres
2	Se verifica al paciente si esta georeferenciados , los servicios que lo requieran
3	Se verifican la frecuencia de uso de los pacientes para pedir citas
4	Se realiza la actualización de datos, de pacientes en el momento de solicitar una cita
5	Se generaron las facturas y/o registros de servicios registrados en el drive de la farmacia.
6	Se generaron las facturas y registros de servicios de copagos.
7	Se da respuesta a la facturación generada en el drive de citas medicas.
8	Se realizo la corrección de las novedades reportadas por el drive y/o correo electrónico durante el periodo.
9	Se realizo plan de contingencia en los momentos de lentitud o caida del sistema de información.
10	Se asistió a las capacitaciones, brigadas y demás, programadas durante el período.
11	Se realizaron las demás actividades socializadas por el líder de servicios ambulatorios, labore 2 sabados

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81748516	**OPERADOR:**	Mi Planilla	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	Compensar	13/11/2024	$	163.100
PENSIÓN:	Colpensiones	13/11/2024	$	208.800
RIESGOS LABORALES:	Seguros Bolivar	13/11/2024	$	31.900
OTRO	Compensar Caja Compensación	13/11/2024	$	26.100
	TOTAL PAGADO		$ 429.900	

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Berta Lucia Sánchez Medina

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
CC: 65.748.525
CEL:3128733302

Secretaría 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 CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA			CC:	65748525
				RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	BERTALUCIASANCHEZMEDINA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3128733302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 35A SUR 34 03			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 DE BOGOTA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102614690

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3129 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	44976	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $19.759.520
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)	$ 1.796.320					
	Un millón setecientos noventa y seis mil trescientos veinte pesos mcte.					

Berta Lucia Sánchez Medina

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
C.C 65.748.525
cel: 3128733302

Secretaría 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 CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	65.748.525				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3129 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320	
N° PAGO / N° DE INFORME:	10 de 10	N° CRP INICIAL:	17011	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81748516	OPERADOR:	Mi Planilla		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO (DIRECTOR FINANCIERO)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
N° DE MODIFICACIÓN:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN(8)	PRORROGA(8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22625	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	25981	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29648	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33791	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	37997	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41085	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43089	TIEMPO PRORROGADO:	1 Un Mes
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	44976	TIEMPO PRORROGADO:	2 Dos Meses
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI			NO		X	
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE				N/A	

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?		
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?		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		
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?		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		

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 DEL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: YAMILE CANO HERRERA PERFIL: REFERENTE AREA FACTURACION

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
No. Identificación: CC65748525
Dirección: CL 35 A SUR NO 34 03
Telefono: 3128733302
Correo: bertaluciasanchezmedina@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381748516

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC65748525	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Número de planilla	8381748516	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Fecha pago	2024-11-13	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	55464118	Total Pagado	429900
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	31900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	26100	1
EPS008	Compensar EPS	163100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 65748525
APELLIDOS Y NOMBRES: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1300000	1300000	1300000	1300000	162500	0	208000	0	31700	26000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información