3165

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 – GESTIÓN 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

MARITZA ANDREA RAMIREZ AMADOR

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**52.371.871**				
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 3165 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**01 DE FEBRERO DE 2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 19.759.520		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 1.796.320	
Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	**Nº CRP:**	17046	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (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:	OCHO (8)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	OCHO (8)	**PRORROGAS**	OCHO (8)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22654	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26010	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29676	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33819	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38023	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.736.442	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41109	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43113	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	44998	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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 realizo llamado del usuario a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.
2	Se realizo verificacion de 2.400 órdenes médicas y autorización física que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.
3	Se verifico 2.400 derechos del usuario frente a las seguridad social o afiliación y se adjunta a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación.
4	Se reviso y valido servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Se actualizo 250 datos personales del usuario a facturar.
6	Se realizó la facturación de los pacientes que no requieren cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica.
7	Se generó facturas en el sistema de información DGH y soportarlas con la documentación que presento el usuario según contratación y normatividad vigente.
8	Se elaboró facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al usuario y a la contratación y normatividad vigente.
9	Se ingreso 25 abonos que realizan los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
10	Se realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al área de tesorería.
11	Se entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.
12	Se corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
13	Se brindó el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
14	Se realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
15	Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
16	Se realizó las demás actividades realizadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9476799689	**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:	SEGUROS BOLIVAR	13/11/2024	$	31.700
OTRO	COMPENSAR	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 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

Maritza Ramirez
MARITZA ANDREA RAMIREZ AMADOR
C.C 52.371.871
cel: 3195765259

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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARITZA ANDREA RAMIREZ AMADOR	CC:	52371871
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	andreitaamador8@gmail.com	TELÉFONO:	3195765259
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 56 F SUR 106 - 22	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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.			
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570007070386045
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3165 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	44998	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE DICIEMBRE 2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 19.759.520
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/11/2024	AL	30/11/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					1.796.320
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Maritza Ramirez
MARITZA ANDREA RAMIREZ AMADOR
C.C 52.371.871
cel: 3195765259

MG

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			MARITZA ANDREA RAMIREZ AMADOR		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.371.871		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 3165 2024	FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 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
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP INICIAL:	17046	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9476799608	OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		FACTURACION - AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				OCHO (8)	OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22654	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26010	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29676	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33819	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38023	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.736.442	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41109	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43113	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	44998	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			

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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52371871		RAMIREZ AMADOR MARITZA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 56F SUR #106 22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7811030	SI

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	1046292626	9476799608	I	2024/11/20	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$428,200

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
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	$428,200	$0	$0	$428,200