3183

Secretaría Distrital 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 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

YURY MARCELA GUASCA BELTRAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**53.017.380**		
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 3183 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS MESES (2)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		$	1.796.320
Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	**Nº CRP:**	17236	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES (11)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
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:**	22669	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26025	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29690	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33831	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38035	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41121	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43125	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.592.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45009	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (1)
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:	123		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
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 verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
2	Se genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.
3	Se genero factura electrónica de venta en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
4	Se genero recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Se hazo cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesoreria.
6	Se genero dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, se soportan las devoluciones que hace el analista de cuentas.
7	Se realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
8	Realizo planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
9	Se soporto las facturas generadas a diario y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área.
10	Se realizo llamada a los usuarios a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81585563	**OPERADOR:**		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	
SALUD:	FAMISANAR	13/11/2024		$	162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	13/11/2024		$	208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/11/2024		$	31.700
OTRO					
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 periodo correspondiente

Yury Guasca

YURY MARCELA GUASCA BELTRAN
CC:53017380
CEL:3102961743

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:	YURY MARCELAGUASCA BELTRAN	**CC:**	53017380
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	marcelaguasca19@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102961743
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 2 D No 48 X 21	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 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:	BBVA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	552184707
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)

N° DEL CONTRATO:	PS 3183 2024	**N° CDP:**	3657	**N°. RP:**	45009	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		$ 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
	MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Yury Guasca.

YURY MARCELA GUASCA
C.C 53.017.380
cel: 3102961743

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	YURY MARCELA GUASCA BELTRAN				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.017.380				
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 3183 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
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP INICIAL:	17236	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES (11)				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81585563	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	*5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY*				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22669	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26025	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29690	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33831	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38035	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41121	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43125	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45009	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53017380	YURY MARCELA GUASCA BELTRAN	CRA 2 D SUR No 48 X 21	5713060	marcelaguasca19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81585563	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colmena	Subtipo	Extranjero	Cobro asistido	Exonerado	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53017380	GUASCA BELTRAN YURY MARCELA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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