3217

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

LIZETH VANESA CARMONA CRUZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.013.632.201				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN 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 3217 2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,951,904	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	21,735,472		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1,975,952	
N° DE INFORME:	DIEZ (10)	N° CRP: 17089	N° CDP: 136		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	OCHO (8)	PRORROGAS	OCHO (8)	
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22693	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26046	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29710	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33851	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38053	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41138	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43141	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3,951,904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45025	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	1.Recepcioné, registré y confirmé las órdenes de servicio de observación de urgencias.
2	2.Verifiqué contra historia clinica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura.
3	3.Actualicé los datos del paciente y del acudiente en el sistema de información .
4	4. Reporté ante trabajo social todos paciente que ingresaron como NN, inmigrantes y/o habitantes en vulnerabilidad.
5	5. Adjunté las respuestas emitidas por trabajo social en el sistema de información.
6	6. Confirmé todas las ordenes de salida asignadas en el turno y en el servicio de urgencias.
7	7.Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura.
8	8.Verifiqué y adjunté los soportes de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios el reporte al ente respectivo (MIPRES).
9	9.Adjunté el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las EAPB y aseguradoras.
10	10.Egresé oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifica orden de salida por el área asistencial.
11	11.Generé orden de salida en sistema de información, firmé y entregué a los usuarios.
12	12.Verifiqué y adjunté los soportes manuales generados en la prestación de servicios en sistema de información DGH.
13	13.Elaboré facturas de los pacientes de urgencias,observación,recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente a la contratación y normatividad vigente.
14	14.Legalicé el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesoria.
15	15.Diligencié la solicitud de credito del formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.
16	16.Recibí a ingreso los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago
17	17.Realicé cierre de caja, arqueo y acta de entrega al área de tesoreria.
18	18.Entregué las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.
19	19.Corregí dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
20	20.Brindé el apoyo necesario y realicé planes de contingencia en el momento en que no se cuenta con el sistema de información y base de datos afines.
21	21.Realicé, distribuí y generé seguimiento a las pre-facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de urgencias y hospitalización.
22	22.Realicé actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S
23	23.Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9475792695	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	31/10/2024	$	162,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	31/10/2024	$	208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	31/10/2024	$	31,700
OTRO:				
TOTAL PAGADO			$ 402,200	

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

VanesaCarmona

LIZETH VANESA CARMONA CRUZ
CC: 1.013.632.201
CEL: 3208888113

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:	LIZETH VANESA CARMONA CRUZ	CC:	1.013.632.201
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	VANECARMONA1022@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3208888113
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 73 # 57 R 15 SUR	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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007200732886
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 3217 2024	N° CDP:	3657	N°. RP:	45025	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 21.735.472
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 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 MDA/CTE					

Vanesa Carmona

LIZETH VANESA CARMONA CRUZ
C.C 1.013.632.201
CEL: 32088888113

Secretaría de Salud 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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LIZETH VANESA CARMONA CRUZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.013.632.201

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN 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 3217 2024	FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	3,951,904				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	21,735,472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	1,975,952		
N° PAGO / N° DE INFORME:	DIEZ (10)	N° CRP INICIAL:	17089	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9475792695	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION OCHO (8)	PRORROGA OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22693	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26046	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29710	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33851	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38053	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41138	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1,975,952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43141	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45025	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° 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 articulo 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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013632201		CARMONA CRUZ LIZETH VANESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73 57R 15sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208888113	No

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	1015808528	9475792695	I	2024/11/05	2024/10/31	BANCO AV VILLAS	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1013632201	CARMONA CRUZ LIZETH VANESA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/10/30 08:03 PM