3225

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>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<br>FECHA: 2024-09-16 |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

**STEFANY JOHANNA AROCA LEON**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1.001.275.889 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AD 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 3225 2024) | | FECHA INICIO CONTRATO | | 1/02/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.951.904 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | 1 MES | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 21.735.472 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 1.975.952 |
| Nº DE INFORME: | 10 de 10 | Nº CRP: | 17097 | Nº CDP: | 136 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | 11 MESES | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 8 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 8 | PRORROGAS | 8 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 957 | CRP DE LA ADICIÓN: | 22700 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1372 | CRP DE LA ADICIÓN: | 26053 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1722 | CRP DE LA ADICIÓN: | 29717 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2229 | CRP DE LA ADICIÓN: | 33858 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2661 | CRP DE LA ADICIÓN: | 38060 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3107 | CRP DE LA ADICIÓN: | 41145 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3385 | CRP DE LA ADICIÓN: | 43146 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 3.951.904 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3657 | CRP DE LA ADICIÓN: | 45030 | TIEMPO PRORROGADO: | 2 MESES |

III. POLIZAS

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

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Admitir en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización, |
| 2 | Verifique derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario. |
| 3 | Actualice datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. |
| 4 | Reporte por correo electrónico al área de trabajo social, dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias. |
| 5 | Revisar la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente. |
| 6 | Recepcione, registre y confirme las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias. |
| 7 | Revise el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios. |
| 8 | Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial. |
| 9 | Genere Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subi a carpeta de requerimientos. |
| 10 | Verificar y adjuntar los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH. |
| 11 | Elabore factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente. |
| 12 | Legalice el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. |
| 13 | Aplicar los planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines |

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 81670358 | | OPERADOR: | MI PLANILLA | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | SALUD TOTAL | | 14/11/2024 | $ | 162.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | | 14/11/2024 | $ | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | | 14/11/2024 | $ | 31.700 |
| OTRO | COMPENSAR | | 14/11/2024 | $ | 26.000 |
| TOTAL PAGADO | | | | $ 428.200 | |

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 él primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scoop 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

STEFANY JOHANNA AROCA LEON
CC: 1001275889
CEL: 3206396094

| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/11/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | STEFANY JOHANNA AROCA LEON | CC: | 1001275889 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | Arocastefany@gmail.com | TELÉFONO: | 3206396094 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | Tv 14 R BIS 69 A 65 SUR | CIUDAD: | BOGOTA D.C |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | |
|---|---|
| NO tomaré costos y deducciones | ( ) |
| SI tomaré costos y deducciones | (X) |

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: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 4884 3632 2447 |
| 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 3225 2024 | N° CDP: | 3657 | N°. RP: | 45030 | 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: 21735472 |
| 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) | $ 1.975.952 | | | | | |
| | UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA/CTE | | | | | |

STEFANY JOHANNA AROCA LEON
C.C 1001275889
cel: 3206396094

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 | STEFANY JOHANNA AROCA LEON |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.001.275.889 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | AD 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 3225 2024) | | FECHA INICIO CONTRATO | | 1/02/2024 |
| 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: | (10 de 10) | N° CRP INICIAL: | 17097 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 136 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | 11 MESES | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 81670358 | | OPERADOR: | MI PLANILLA | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | FACTURACION - URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° ( 8 ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION ( 8 ) | PRORROGA ( 8 ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 957 | CRP DE LA ADICIÓN: | 22700 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1372 | CRP DE LA ADICIÓN: | 26053 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1722 | CRP DE LA ADICIÓN: | 29717 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2229 | CRP DE LA ADICIÓN: | 33858 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2661 | CRP DE LA ADICIÓN: | 38060 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3107 | CRP DE LA ADICIÓN: | 41145 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3385 | CRP DE LA ADICIÓN: | 43146 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 3.951.904 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3657 | CRP DE LA ADICIÓN: | 45030 | TIEMPO PRORROGADO: | 2 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |

**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 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<br>DIRECTOR FINANCIERO<br><br>YAMILE CANO HERRERA<br>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 | 1001275889 | STEFANY JOHANNA AROCA LEON | | Transversal 14 R BIS 69 A65 SUR | 3044772790 | Arocastefany@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 | 14/11/2024 | 81670358 | $428,200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 0 | 0 | 26.000 | 1 |

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 428.200 | 428.200 |

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