3229

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-GA-FT-077 VERSIÓN: 3
FECHA: 2024-09-16

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

(WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ)

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.625.409		
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 3229 2024)		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.735.472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			$ 1.975.952
Nº DE INFORME:	10 de 10	Nº CRP:	17099	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	ADICIONES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22701	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26054	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29718	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33859	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38061	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41146	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43147	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45031	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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

ITEM	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)
1	Admito en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización (en unidades donde no hay admisionista).
2	Verifico derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista).
3	Actualizo datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
4	Reporto por correo electronico al area de trabajo social, cuando tengo dificultad de identificacion del paciente que se encuentra en atencion medica en el servicio de urgencias.
5	Se revisa soportes emitidos por parte del area de trabajo social.
6	Recepciono, registro y confirmo las ordenes de servicio de la consulta o la observacion de urgencias.
7	Reviso el estado de cuenta del paciente contra la historia clinica y reviso que se encuentren todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmando en el sistem
8	Verifico y adjunto los soportes de tecnologia no incluidas en el plan de beneficios
9	Verifico y adjunto el soporte entregado por el area de autorizaciones para hacer el respectivo tramite
10	Realizo los egresos oportunamente los pacientes del sistema de informacion una vez se notifique orden de salida por el area asistencial
11	Genero Ordenes de Salida en el sistema de información, hago firmar y entrego copia al usuario y posteriormente subo a carpeta de requerimientos.
12	Verifio y adjunto los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monit
13	Elaboro factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente
14	Legalizo 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.
15	Diligencio la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verifico el registro de la información suministrada por el usuario.
16	Recibo e ingreso los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
17	Realizo cierre de caja, arqueo y entrego soportes respectivos al area de Tesoreria.
18	Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.
19	Corrijo cuentas pendientes dentro de la 48 horas las devoluciones que hace el analista
20	Brindo apoyo necesario y realizo planes de conteingencia en el momento en el que no se cuente con el sistema de informacion y/o bases de datos
21	Recepciono, distribuyo y realizo seguimiento a las prefacturas realizadas en el proceso de liquidacion.
22	Realizo actualizaciones en cuanto a la normatividad vigentes y asisto a las reiniones y capacitaciones programadas por el area
23	Realizo y hago verificacion cuando se hace cambio de cualquier contrato o actividad para dar un mejor trabajo

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10672651140	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/11/2024	$ 31.700
OTRO			$ 2.800
TOTAL PAGADO			$ 405.000

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

Wilson J. Aranguren

WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
CC: 79625409
CEL: 3133347449

2

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:	**WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ**	**CC:**	79625409
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	wilson.aranguren2406@gmail	**TELÉFONO:**	**3133347449**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 32 A 26 B 51 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**	**Nº CUENTA:**	**004870190271**
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 3229 2024	**Nº CDP:**	3657	**Nº. RP:**	45031	**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 NOVESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA/CTE					

WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
C.C 79625409
cel: 3133347449

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	WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.625.409

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 3229 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	3951904		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	21735472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	1975952
N° PAGO / N° DE INFORME:	10 DE 10	N° CRP INICIAL: 17099	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES (11)		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067265140	OPERADOR:	SIMPLE
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	RP DE LA ADICIÓN:	22685	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26038	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29702	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33843	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38046	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41132	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43136	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45031	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP 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 POLIZA		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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 01:30:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067265140

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8845981700

PAGADO 15/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ		
Documento	CC79625409	**Dirección**	CL 32A #26 B - 51 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133347449
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
CC 79625409	WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 2.800	$ 405.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, piense que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.