3290

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 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

EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.921.763				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3290 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.838.040	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.109.221		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.919.020
Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP:	17156	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	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22751	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26100	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29763	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33900	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38100	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.021	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41185	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43184	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.838.040	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45061	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

¿PACTO 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	Realicé los cruces y analisis de las actividades cargadas a los pacientes de los planes de beneficios de FFDS
2	Reporte al personal de apoyo en cada proceso del área las novedades e inconsistencias encontradas durante la auditoria de los ingresos facturados a FFDS
3	Revisé contra historia clinina las actividades realizadas a cada paciente de FFDS
4	Elaboré los anexos técnicos y oficios para la presentación de las cuentas de FFDS
5	Apoyé la gestión de soporte y respuesta a las devoluciones y/o glosas de la auditoria realizada por FFDS
6	Realicé la revisión del 100% de las actividades registradas en la historia clínica teniendo encuenta los rangos de edad y demas en las actividades facturadas
7	Generé los soportes necesarios para lograr la radicación efectiva de las cuentas
8	Reporte los soportes pendientes para el armado de las cuentas
9	Realicé la solicitud de RIPS manteniendo comunicación constante con la persona encargada de los mismos para la efectiva radicación de las cuentas
10	reporté a la persona encargada las novedades de parametrizacion en los planes de beneficios encontrados durante la auditoria
11	Desde el desarrollo de la actividad apoyé las inquietudes de los profesionales para las respuestas en cuanto a devolucion a paciente y demans PQRS
12	Realicé seguimiento a las inconsistencias encontradas con el fin de radicar las cuentas sin novedad dentro de los tiempos establecidos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81391330	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	18/11/2024	$	31.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	18/11/2024	$	162.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	18/11/2024	$	208.000
OTRO	CCF COMPENSAR	18/11/2024	$	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 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

EDWIN MALAGON

EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA
C.C 1.023.921.763
cel: 3214133762

Secretaría de Salud
Subsecretaría 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
VERSION: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA**	**CC:**	**1023921763**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	EDWINMALAGON10@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3214133762**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 41B sur # 6este-05	**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 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**	**Nº CUENTA:**	**550008400715192**
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 3290 2024**	**Nº CDP:**	**3657**	**Nº. RP:**	**45061**	**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:**	**$ 32.109.221**
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)	**$**						**2.919.020**
	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS MDA/CTE						

EDWIN MALAGON

EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA
C.C 1.023.921.763
cel: 3214133762

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	EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.921.763

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3290 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				5.838.040
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.109.221		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.919.020
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP INICIAL:	17156	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81391330		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - ARMADO Y RADICACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC 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	2919020	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22751	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26100	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29763	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33900	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38100	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919021	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41185	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43184	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	5838040	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45061	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**

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	1023921763	EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA	CALLE 41B SUR # 6 ESTE 05	3214133762	edwinmalagon10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	18/11/2024	81391330	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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

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	1023921763	EDWIN FRANCISCO MALAGON OCHOA		CALLE 41B SUR # 6 ESTE 05	3214133762	edwinmalagon10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	18/11/2024	81391330	$428.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	1023921763	MALAGON OCHOA EDWIN FRANCISCO	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162,500	14-7	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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