3171

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

RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.856.428				
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 3171 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**01 DE FEBRERO DE 2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
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:**	17051	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
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	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22658	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26014	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29680	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33822	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38026	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41112	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45000	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (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:**		

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	Realice llamado a ventanilla de cada paciente de acuerdo con el turno dado de la Unidad.
2	Verifique el estado de ordenes y autorizaciones de acuerdo a solicitud del paciente
3	Genere verificación y estados de afiliación de cada uno de los pacientes
4	Valide y revise frecuencia y periodicidad en solicitudes de cada paciente
5	Realice actualización de información a solicitud Generé la corrección de las cuentas a solicitud del área
6	Genere la facturación anticipada de consulta diaria
7	Realice entrega de factura electrónica de acuerdo a solicitud del paciente
8	Realice entrega de facturación de caja de acuerdo a solicitud Brinde el apoyo necesario y realice planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
9	Recibí abonos de acuerdo al estado de afiliación de cada usuario Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
10	Realice cierre de caja con recaudo completo del día Asisti oportunamente a cada capacitación de acuerdo a solicitud

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94760660030	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	EPS SURA	14/11/2024	$	163.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	14/11/2024	$	208.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	14/11/2024	$	31.900
OTRO				
	TOTAL PAGADO		$ 404.000	

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)

RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS
C.C 52.856.428
cel: 3193612531

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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS**	**CC:**	**52856428**
CORREO ELECTRÓNICO:	MERCHANRAMOS@GMAIL.COM	**RUT (NIT):**	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 49C BIS #68D-98S	**TELÉFONO:**	**3193612531**
		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	
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:	**SCOTIABANK COLPATRIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**4622028356**
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 3171 2024**	**Nº CDP:**	**3657**	**Nº. RP:**	**45000**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	**ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01 DE FEBRERO DE 2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31 DE DICIEMBRE DE 2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 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**
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA / CTE						

RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS
C.C 52.856.428
cel: 3193612531

	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: 2024-05-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			RUTH YAMILE MERCHAN RAMOS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.856.428		
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 3171 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$ 1.796.320
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP INICIAL:	17051	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9476066030		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SCH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
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	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22659	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26014	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29630	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33822	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38026	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41112	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3335	RP DE LA ADICIÓN:	43116	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45000	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE POLIZA:		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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52154428		MERCHAN RAMOS RUTH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49 C BIS 65 D 83 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.C.	5555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1044182476	84726643[illegible]		2024/11/08	2024/11/14	SCOTIABANK COLPATRIA	6	$404,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[illegible]																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 52154428	MERCHAN RUTH	131301	30	$1,300,000	$208,000	[illegible]	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14	30	$1,300,000	$31,700	6	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

A PAGADA PLANILL

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52816428		MERCHAN BAROS RUTH YANILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49 C BIS 68 D 94 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1049282476	94016956207		2024/11/08	2024/11/14	SCOTIABANK COLPATRIA	6	$404,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
COLFONDOS	23100I	800,227,940	6	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				1	$402,200	$1,800	$0	$404,000

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 52856428		MERCHAN RAMOS RUTH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49 C BIS 68 D 98 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1049282476	9476066030	I	2024/11/08	2024/11/14	SCOTIABANK COLPATRIA	6	$404,000	

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 52856428	MERCHAN RUTH	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	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

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 52856428		MERCHAN RAMOS RUTH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49 C BIS 68 D 98 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1049282476	9476066030	1	2024/11/08	2024/11/14	SCOTIABANK COLPATRIA	6	$404,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				1	$402,200	$1,800	$0	$404,000