	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	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					
YEINY ANDREA ROMERO PUERTA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.024.490.618				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 5504 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.951.904		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.975.952
N° DE INFORME:	2	N° CRP:	47353	N° CDP:	3769
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0

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

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	Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II
2	Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programacion de Cirugias ambulatorias
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresdaos
4	Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion
5	Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
6	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados
7	Realice el Censo y seguimiento de pacientes que se encuentra en el servicio, esto con el fin de tener identificado el 100% de los pacientes que se encuentran en los servicios diariamente y realice reporte de estancia y procedimientos
8	Realizar la hospitalización y asignación de cama en DGH de los pacientes que se informen desde el area asistencial que se les debe asignar una Primera Cama
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solcitados
10	Realice seguimiento a los casos que desde el ingresono contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solcitados
11	Subi los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica Gerencial (Urgencia , Estancias y procedimientos)
12	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente
13	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales
14	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	7949558317		OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		09/12/24		163.000
PENSION:	COLFONDOS		09/12/24		208.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		09/12/24		31.800
OTRO	-				
TOTAL PAGADO					403.400

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 período correspondiente

Y. Andrea Romero

YEINY ANDREA ROMERO PUERTA
CC 1024490618
CEL 3234890262

Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			YEINY ANDREA ROMERO PUERTA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.024.490.618		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCJÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5504 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.951.904		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.975.952
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL: 47353		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3769
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN MES (1) Y TREINTA (30) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	79495583 17		OPERADOR:		SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (0)	PRORROGA (0)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	-	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		-	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX	

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?	X	
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?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
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?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA EL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO
	NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR: YENY ROCIO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACION	1024490618
NOMBRE O RAZON SOCIAL			YEINY ANDREA ROMERO PUERTAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CL 61 18 F 35 SUR TEJOSRITO	TELEFONO	7320111
TIPO APORTANTE	EMPLEADOR PENSIONADO	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades realizadoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXENTO PAGO APORTES SALUD SENA ICBF (PLANILLA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7949558317	TIPO DE PLANILLA			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES noviembre AÑO		2024
DIAS DE MORA	4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/12/09	NUMERO AUTORIZACIÓN			1110113036

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
23001	23001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 208.000	$ 600	$ 208.600
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 600	$ 208.600

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR APORTES	MORA COTIZACION	MORA VALOR APORTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	EPS010-SANITAS EPS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 500	$ 0	$ 162.500	$ 500	$ 0	$ 163.000
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 163.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

DETALLE POR COTIZANTE APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: TIPO IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIONES	COLOMBIANO EN EXTERIOR	PENSIONADO POR APORTES VOLUNTARIOS	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC	YEINY ANDREA	01	00	$ 1.300.000	M	NO																		

SEGURIDAD SOCIAL

N°	PENSION ADMIN	PENSION TARIFA	PENSION IBC	PENSION COTIZACION	PENSION FSP SUBSISTENCIA	PENSION FSP SOLIDARIDAD	PENSION APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSION APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	PENSION INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSION TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD AFP	SALUD IBC	SALUD COTIZACION	SALUD VALOR AJUSTES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP AFP	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	ARP VSP	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	23001 COLFONDOS	1	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		$ 1.300.000	$ 31.700	$ 0	$ 31.700	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		$ 1.300.000	2.4022163526	$ 31.700		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 403.400