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					
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.908.143		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4797 2024		FECHA INICIO CONTRATO	3/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.672.026	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICIETE (27) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.688.104		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
N° DE INFORME:	4	N° CRP:	41255	N° CDP:	2893
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ORLANDO MARTINEZ HENAO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	2	PRORROGAS	2	
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3336	CRP DE LA ADICIÓN:	42811	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3653	CRP DE LA ADICIÓN:	45173	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Genere reporte diario del detallado de facturación y ordenes de salidas del dia inmediatámente anterio, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue Consolidado en el DRIVE-el cual esta en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com
2	Verifique que lo facturado y lo que tiene Ordenes de salida cuenten con las autorizaciones según los servicios prestados,y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinamica Gerencial-Requerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida
3	Reporte diariamente al area de facturacion los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar Los cuales furon Reportar por correo uditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co
4	Revise diariamente el Censo por servicios esto con el fin de poder identificar oportunamente las incostencias en el proceso de autorizaciones y asi realice el reporte a los referentes trasversales del proceso de autorizaciones
5	Verifique que se encuentren los soportes administrativos de las revision de las bases de datos (DNP,ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS, VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB,y se guardo evidencia en carpeta diaria nombrada por ingreso
6	Subi soportes de gestion de autorizaciones y verificacion de derechos de cada uno de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalizacion y/o de programacion de procedimeintos ambulatoria en Dinamica Gerencial
7	Di respuesta oportuna de cada uno de los casos que reporta el area de cuentas medicas
8	Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistecia , esto con el fin de que se subsanen
9	Realice informe mensual con el comportamiento frente a la gestion de las Unidades en el proceso de autorizaciones enviado a autorizaciones@subredcentrooriente.gov.co-referente de autorizaciones
10	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.
11	Realiza actividad de gestion en el reporte de egresos a las EAPB
12	Asisti a las capacitaciones, reuniones programadas por la área y/o la Subred;
13	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7949435983		OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		9/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR		9/12/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		9/12/2024	$	31.700
OTRO	COMPENSAR CAJA		9/12/2024	$	26.000
TOTAL PAGADO				$ 428.200	

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

Jeimmy Verdugo

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC 1023908143
CEL 3022624191

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: (31/12/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS	CC: RUT (NIT):	1023908143
CORREO ELECTRÓNICO:	jiverdugo17@gmail.com	TELÉFONO:	3022624191
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 22A SUR N° 7-39	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			
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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0570008480371072

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4797 2024	N° CDP:	3653	N°. RP:	45173	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO (28) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/09/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 10.688.104
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS					

Jeimmy Verdugo

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC: 1023908143
TELÉFONO: 3022624191

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.908.143				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4797 2024	FECHA INICIO CONTRATO	3/09/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.672.026				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.688.104	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026		
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	N° CRP INICIAL:	41255	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	2893
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7949435983	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:	ORLANDO MARTINEZ HENAO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (2)	PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3336	RP DE LA ADICIÓN:	42811	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3653	RP DE LA ADICIÓN:	45173	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

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: ORLANDO MARTINEZ HENAO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO (a) NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR: YENI ROCIO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	1023908143
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CALLE 22 A SUR N° 7 - 39	TELEFONO:	2381149
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edicion
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			7949435983	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2024
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/09	NUMERO AUTORIZACION:			1111419852

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR ADRES	COTIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES				
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO		VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA		VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 0		$ 26.000
SUBTOTALES:			$ 26.000	$ 0		$ 26.000

LIQUIDACIÓN PLANILLA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSION						SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																									ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																												SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																									
1	CC 1023908143	VERDUGO CAMPOS JEIMMY JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000		$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 428.200