3175

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

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

SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.000.034.148

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 3175 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.040.992		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.796.320
N° DE INFORME:	ONCE (11)	N° CRP:	17055	N° CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	OCHO (8)	PRORROGAS	OCHO (8)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22661	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26017	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29683	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33824	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38028	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41114	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.077.792	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43118	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45002	TIEMPO PRORROGADO:	DOS(2) 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

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)

ITEM	
1	Realicé el proceso de llamado de cada turno manual que manejo el orientador para la correcta atención del paciente.
2	Realicé la verificaron las órdenes médicas y autorizaciones de ser necesarias para el proceso de atención del paciente dependiendo de la normativa vigente
3	Realicé la verificación las plataformas de SDS, ADRES, DNP y plataformas internas de la respectiva EPS, se toman soportes y se anexan las evidencias
4	Revise la plataforma interna para validar la frecuencia de uso, grupo etario y género según la normativa vigente
5	Realicé proceso de actualización de información del paciente en ventanilla y solicitud de información de acudiente si aplica.
6	Realicé el proceso de revisión de listados y facturación de forma previa a la llegada del paciente con el fin de disminuir la fila en la sala de espera
7	Generé la factura del servicio correspondiente a cada paciente y se realizó el proceso soporte de las cuentas con los documentos que presentó el paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
8	Realicé el proceso de recaudo correspondiente por factura, generando recibo de caja y realizando el proceso entrega de copia al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
9	Elaboré en cada turno el proceso de cierre de caja, arqueo y la entrega de soportes requeridos por tesorería para validar el debido proceso.
10	Desarrollé el proceso de entrega de facturas diarias soportas y en el orden indicado por los instructivos del área de facturación ambulatorio
11	Realicé proceso de corrección de novedades indicadas por el analista encargado del área en menos de 48 horas desde su reporte.
12	Brindé el apoyo y realicé el plan de contingencia socializado en el área en situaciones de fallos de sistema de información o de bases de datos.
13	Realicé la actualización de información correspondiente a la normativa vigente en el SGSSS, socializada en capacitaciones y/o reuniones notificadas por el área de facturación.
14	Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80894566	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	Salud Total EPS	8/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	Colpensiones	8/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	8/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

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 el 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

Sebastian C.

SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ
CC: 1000034148
CEL:3204636693

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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ**	**CC:**	**1000034148**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	sebastianstivenc@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3204636693**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 B ESTE 90 20 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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4884 3228 5721**
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)

N° DEL CONTRATO:	**PS3175 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°. RP:**	**45002**	**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: 19.040.992**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**1.796.320**
	UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Sebastian D

SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ
C.C 1000034148
cel: 3204636693

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 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	**SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.000.034.148**

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 3175 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.040.992			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.796.320
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(11 DE 11)	**Nº CRP INICIAL:**	17055	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**80894566**		**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - AMBULATORIOS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº (8)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (8)**	**PRORROGA (8)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22661	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26017	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29683	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33824	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38028	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41114	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.077.792**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43118	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.592.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	45002	**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 **(01/12/2024) AL (31/12/2024)**

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	1000034148	SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ	Kr2b #90-20 sur	2320529	sebastianstivenc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80894566	$402.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES:	3	402.200	402.200

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	1000034148	SEBASTIAN STIVEN CIFUENTES DIAZ		Kr2b #90-20 sur	2320529	sebastianstivenc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1.	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80894566	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	1000034148	CIFUENTES DIAZ SEBASTIAN STIVEN	57	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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