3148

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

JENY LORENA LUCERO GESAMAG

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**52.738.086**				
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 3148 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:	$ 19.699.642		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.796.320
Nº DE INFORME:	ONCE (11) MESES	**Nº CRP:**	17029	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**NUEVE (9)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**NUEVE (9)**	**PRORROGAS**	**NUEVE (9)**	
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22643	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	25999	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29666	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33809	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38014	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.736.442	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41101	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43105	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	44991	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
Nº DE PÓLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA			**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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	Se realizo 1300 verificaciones de órdenes médicas y autorizaciones físicas que presenta el paciente para su atención por consulta externa. según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
2	Se asigno 1500 citas medicas verificando comprobadores de derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario
3	Se genero 20 facturas electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
4	Se genero 2100 recibos de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Se recibio e ingreso 1 abonos que realiza los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
6	Se realizo cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos. según instructivo del área de Tesorería al finalizar las actividades.
7	Se realizo corrección dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. de 3 devoluciones que hizo el analista de cuentas.
8	Se realizo apertura de 125 ingresos de hospital día.
9	Se confirmaron 25 ordenese de servicos de hospital dia verificando historia clinica del usuario.
10	Se realizo las demas actividades realizdas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**8382446915**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR		$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS		$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 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 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 periodo correspondiente

Jeny L. Lucero Gesamag

JENY LORENA LUCERO GESAMAG

C.C 52.738.086
cel: 3144642373

	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:	JENY LORENA LUCERO GESAMAG	CC: RUT (NIT):	52738086
CORREO ELECTRÓNICO:	jenilu2630@gmail.com	TELÉFONO:	3144642373
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 25 SUR #4A-32	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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24139150436
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 3148 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	44991	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:	$ 19.699.642
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/12/2024	AL	31/12/2024			
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						

JENY LORENA LUCERO GESAMAG

C.C 52.738.086

cel: 3144642373

Secretaría de Salud Hospital 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	JENY LORENA LUCERO GESAMAG
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.738.086

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 3148 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.699.642		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.796.320
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	ONCE (11) MESES	Nº CRP INICIAL:	17029	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8382446915		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	NUEVE (9)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				NUEVE (9)	NUEVE (9)
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22643	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	25999	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29666	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33809	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38014	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.736.442	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41101	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43105	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	44991	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	

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?	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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO YAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JENY LORENA LUCERO GESAMAG	**NIT:**	52738086
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2024
Número de Radicación:	8382446915	**Total a pagar:**	$402,200
Fecha de vencimiento:	19/12/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/12/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	42533785
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$31,700
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$208,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,500
						$402,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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