3179

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						
YEIMY MARIEL ALARCON BOJACA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.966.037			
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 3179 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:	$ 19.759.520			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$	1.796.320
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP:	17059	Nº CDP:		136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ORLANDO MARTINEZ HENAO- 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:	22665	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26021	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29686	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33827	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38031	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41117	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43121	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45005	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se realizo el llamado en el orden del digiturno de los usuarios a la ventanilla de facturación
2	Verifiqué que las ordenes médicas y autorizaciones coincidan con lo autorizado por las EPS a la que se encuentra afiliado el usuario
3	Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.
4	Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
6	Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera
7	Generar factura 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.
8	Recepcionar dinero, generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
9	Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.
10	Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área.
11	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.
12	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
13	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
14	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	8382078265	OPERADOR:	MI PLANILLA COMPENSAR	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	EPS FAMISANAR	4/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	4/12/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	4/12/2024	$	31.700
OTRO	COMPENSAR	4/12/2024	$	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 periodo correspondiente

Yeimy Alarcon

YEIMY MARIEL ALARCON BOJACA
CC:52966037
CEL:3138356623

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:	YEIMY MARIEL ALARCON BOJACA	CC: RUT (NIT):	52966037
CORREO ELECTRÓNICO:	helu.1616@gmail.com	TELÉFONO:	3138356623
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 35 C SUR N 1 65 ESTE	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:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	080767093
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 3179 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	45005	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: ONCE(11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 19.759.520
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 MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Yeimy Alarcón

YEIMY MARIEL ALRCON BOJACA
C.C 52966037
cel: 3138356623

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 – GESTIÓN 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	YEIMY MARIEL ALARCON BOJACA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.966.037				
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 3179 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320		
N° PAGO / N° DE INFORME:	ONCE(11)	N° CRP INICIAL:	17059	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE 11 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8382078265	OPERADOR:	MI PLANILLA COMPENSAR		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ORLANDO MARTINEZ HENAO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (8) OCHO	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICION OCHO (8)	PRORROGA OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22665	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26021	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29686	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33827	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38031	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41117	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43121	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45005	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° 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:	ORLANDO MARTINEZ HENAO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	YEIMY MARIEL ALARCON BOJACA	**NIT:**	52966037
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2024
Número de Radicación:	8382078265	**Total a pagar:**	$428,200
Fecha de vencimiento:	10/12/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/12/2024	**Número de Administradoras:**	4

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:**	19202712
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$31,700
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$208,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$26,000
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$162,500
						$428,200

***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