3206

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. 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

JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.023.973.979**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3206 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.951.904**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 21.735.472**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.975.952**
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	17079	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2L V HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**8**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**8**	**PRORROGAS**	**8**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22684	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26037	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29701	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33842	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38045	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41131	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.975.952**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43135	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.951.904**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45019	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

III. POLIZAS

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

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 verificó la apertura de ingreso y admision por parte del área de autorizaciones de los usuarios a facturar
2	Se verificó en el sistema DGH los soportes del paquete administrativo cargados el área de autorizaciones de los usuarios a facturar
3	Se verificó que los datos de los usuarios estuvieran registrados en el sistema de información DGH
4	Se informó al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo
5	Se revisó que los soportes y respuestas coincidieran con el ususario a facturar
6	Se realizó la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar
7	Se verificaron las actividades cargadas en el sistema DGH para la elaboración de la factura al paciente
8	Se validaron los soportes entregados por el area de autorizaciones, realizando reporte de las novedades presentadas
9	Se dio egreso dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas reportadas por el área sistencial
10	Se entragaron las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad
11	Se verificó el cargue de los soportes mauales en el sistema de información DGH reportando las novedades a las área encargadas
12	Se generaron las facturas y/o registros de servicios y los recibos de caja a los pacientes según aplique en la normatividad vigente
13	Se realizan los recibos de caja a los pacientes según la normatividad
14	Se generaron y confirmaron en el sistema de información DGH los formatos de pagaré autorizados por el área de trabajo social y validados por referentes del área de facturación
15	Se verificó el saldo de los pácientes que se acercaron a la ventanilla y se realizaron los recibos de caja a los abonos de pacientes
16	Se realizó el cierre de caja al finalizar la jornada generando los formatos de entrega y legalización al área de tesoreria
17	Se generaron las facturas y/o registros de servicios para su posterior soporte y armado por el área encargado
18	Realicé las corecciones reportadas por el revisor de cuentas dentro de los tiempos establecidos
19	En las caidas o lentitud del sistema se realizó el plan de contingencia dando prioridad a los pacientes con salida
20	Se realizó el seguimiento a los ingresos asignados realizando el apoyo requerido
21	Asistía las capacítaciones y socializaciones realizadas por los prupos del área
22	Apoyé los procesos desde mi alcance en momentos de contingencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9478179917**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD:	**SANITAS**	**9/12/2024**	**$**	**162.500**	
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/12/2024**	**$**	**208.000**	
RIESGOS LABORALES:	**ARL BOLIVAR**	**9/12/2024**	**$**	**31.700**	
OTRO					
	TOTAL PAGADO		**$ 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, pensión, 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 les actividades realizadas en el periodo correspondiente

Daniela Caballero G.

JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ
CC: 1023973979
CEL: 3045621056

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:	**JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ**	**CC:**	**1023973979**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	makondo2016@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3045621056**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 52 A SUR # 60 F - 10 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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91244119307**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3206 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°CRP**	**45019**	**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: 21,735,472**
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)	**1,975,972**					
	UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MTC					

Daniela Caballero G.

JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ
C.C 1023973979
cel: 3045621056

Red Pública E.S.E. 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	JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.973.979				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3206 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.735.472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.975.952		
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	N° CRP INICIAL:	17079	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478179917	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22684	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26037	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29701	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33842	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38045	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41131	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43135	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45019	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023973979		CABALLERO GONZALEZ JENNYFER DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 71 b # 56 a sur 03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3045621056	No.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1111733003	9478179917	I	2024/12/18	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1023973979	CABALLERO JENNYFER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023973979		CABALLERO GONZALEZ JENNYFER DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 71 b # 56 a sur 03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3045621056	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1111733003	9478179917	1	2024/12/18	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

2024/12/09 09:49 AM