3210

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

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	10.239.751.196
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 3210-2024	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 PERIODO A CERTIFICAR:	$ 1.975.952
Nº DE INFORME:	11	Nº CRP: 17083	Nº CDP: 136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN:	ADICIONES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22688	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26041	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29705	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33846	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38049	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41135	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43138	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45022	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	NO
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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
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 tesorería
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 capacitaciones 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:	74896791	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	6/12/2024	$ 163.000
PENSIÓN:	PORVENIR	6/12/2024	$ 208.600
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	6/12/2024	$ 31.800
OTRO	COMPENSAR CCF	6/12/2024	$ 26.100
	TOTAL PAGADO		$ 429.500

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 realizados en el periodo correspondiente

KAROL ALARCÓN

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1023975119
CEL: 3209064181

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:	**KAROL LIZETH ALARCON SANTOS**	**CC:**	**1023975119**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	santoslizeth32@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3209064181**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 5 ESTE #36B 25 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:	**BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**033128935**
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:	**PS 3210 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°CRP**	**45022**	**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:21735472**
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)	**1,975,952**					
	UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA/CTE					

KAROL ALARCON

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
C.C 1023975119
cel: 3209064181

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	KAROL LIZETH ALARCON SANTOS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.975.119				
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 3210-2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.975.952				
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:	17083	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	74896791	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO		
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:	22688	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26041	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29705	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33846	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38049	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41135	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43138	TIEMPO PRORROGADO:	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45022	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		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 CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

enlace operativo

Recibo Pago

Nit de comercio operador de información
900089104-5
Razón social del operador de información
Enlace Operativo
Descripción
Pago de Seguridad Social
Fecha
06/12/2024 21:00
Período de cotización otros riesgos
noviembre 2024
Periodo de cotización para salud
noviembre 2024
Empresa
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
ID
1023975119
Nombre aportante
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
Dirección IP de origen
10.0.19.58
Datos Valores pagados

Administradora	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
PORVENIR	$208,000.00	$600.00	$208,600.00
EPS SURA	$162,500.00	$500.00	$163,000.00
ARL SURA	$31,700.00	$100.00	$31,800.00
COMPENSAR CCF	$26,000.00	$100.00	$26,100.00

Subtotales
Valor sin mora
$428,200.00
Valor mora
$1,300.00

Referencia de pago / N° planilla
74896791

Tipo de planilla
I
Número transacción bancaria / CUS
1107605122
Banco
1507 - NEQUI
Total pagado
$429,500.00