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

MARISOL FORIGUA ACOSTA

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53.015.900
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 3218 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$3.951.904	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$21.735.472		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.975.952
N° DE INFORME:	11	N° CRP:	17090	N° CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO(8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	OCHO(8)	PRORROGAS	OCHO(8)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22694	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26047	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29711	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33852	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38054	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41139	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43142	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45026	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° 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	Realice, registro y confirmacion de las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.
2	Revice el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, verificando que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios.
3	Verifique y adjunte los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES).
4	Verifique y adjunte el soporte entregado por el area de autorizaciones de tramite según acuerdo de voluntades vigente.
5	Egrese oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifco orden de salida por el área asistencial.
6	Verifique y adjunte los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, récord anestesia, aplicación de medicamentos etc).
7	Elaborar factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente
8	Legalice el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería.
9	Legalice el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. diligencie la solicitud de crédito, el formato de pagaré yde las que hubo lugar. Recibi e ingrese los los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
10	Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81874558	OPERADOR:	MIPLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	09/12/2024	$163.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	09/12/2024	$208.900
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	09/12/2024	$31.900
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 404.000

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, nit)
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 período correspondiente

MARISOL FORIGUA ACOSTA
CC: 53015900
CEL: 3177058575

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:	MARISOL FORIGUA ACOSTA	CC: RUT (NIT):	53015900
CORREO ELECTRÓNICO:	marforigua@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3177058575**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 12 ESTE # 11 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.

Régimen 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 DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	46697083906
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 3218 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°. RP:**	**45026**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $21,735,472**
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)	**$1.975.952** **UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE**					

MARISOL FORIGUA ACOSTA
C.C 53015900
cel: 3177058575

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de S.E.S.E 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	MARISOL FORIGUA ACOSTA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.015.900

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 3218 2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024	
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:	17090	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81874558		OPERADOR:	MIPLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	OCHO(8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				OCHO(8)	OCHO(8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22694	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26047	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29711	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33852	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38054	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	4139	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43142	TIEMPO PRORROGADO:	UN(1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45026	TIEMPO PRORROGADO:	DOS(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 (1/12/2024) 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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53015900	MARISOL FORIGUA ACOSTA	CARRERA 12 ESTE No. 11-25 SUR	3177058575	marforigua@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81874558	$404.000	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	6	200	31.900			317	31.900	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.000

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