3222

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

NELSON MAURICIO HERREÑO BASABE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**80.747.173**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3222 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 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 PERIODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.975.952**
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	**Nº CRP:**	17094	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº 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:**	22697	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26050	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29714	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33855	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38057	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41142	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43145	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45029	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (2) MES
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**	
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	Admiti en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización (en unidades donde no hay admisionista).
2	Verifique derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista).
3	Actualice datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
4	Reporte por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias.
5	Revise la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente.
6	Recepcione, registrar y confirmar las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.
7	Revise el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y revisar 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.
8	Verifique y adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
9	Egrese oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.
10	Genere Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos.
11	Verifique y adjuntar 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).
12	Elabore 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
13	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.
14	Diligencie la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.
15	Recibi e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
16	Realice cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.
17	Entregue las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.
18	Corregi dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.
19	Brinde 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
20	Recepcione, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria.
21	Realice actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
22	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068043618	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	9/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	**PORVENIR**	9/12/2024	$ 31.700
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	9/12/2024	$ 208.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

NELSON MAURICIO HERREÑO BASABE
CC: 80.747.173
CEL: 3104972620

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:	**NELSON MAURICIO HERREÑO BASABE**	**CC:**	**80747173**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	maurohb294@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3104971620**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 4A 56 35 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA 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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488424265731**
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 3222 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°. RP:**	**45029**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (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)	**$**					**1.975.952**
	UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA/CTE					

NELSON MAURICIO HERREÑO BASABE
C.C 80.747.173
cel: 3104972620

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	NELSON MAURICIO HERREÑO BASABE				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.747.173				
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 3222 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:	ONCE (11)	N° CRP INICIAL:	17094	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
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:	22697	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26050	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29714	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33855	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38057	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41142	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43145	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45029	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MES
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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 10:24:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068043618

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8837143250

PAGADO 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

DEL APORTANTE

cial	NELSON MAURICIO HERREÑO BASABE		
to	CC80747173	**Dirección**	CR 4A #56 - 35 SUR DANUBIO AZUL
mpresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104972620
ona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
tante Legal		**Identificación**	
ados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

LE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
LSON MAURICIO HERREÑO SABE	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

ALES

ión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
0.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.