Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de 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 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

3132

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**51.996.707**		
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 3132 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**S** **3.592.640**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**S** **19.759.520**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**S 1.796.320**
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	**17014**	**Nº CDP:**	**136**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO 8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(8)**	**PRORROGAS**	**(8)**	
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22628	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25984	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1772	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29651	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33794	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38000	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41088	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43092	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**S 3.592.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44979	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MES
VALOR ADICIONADO	**S -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**S -**	**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	Realicé llamado de los usuarios a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.
2	Verifiqué las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
3	Verifiqué derechos de usuarios en las seguridad social o afiliación del usuario y adjunté a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.
4	Revisé y validé servicios por frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Actualizé datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
6	Facturé los usuarios que no cancelan copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminuir filas en salas de espera.
7	Generé factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soporté con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
8	Recibí dinero,con recibo de caja y entregué copia al usuario de acuerdo al servicio prestado al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
9	Realizé cierre de caja, arqueo y entregué soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.
10	Entregué las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área.
11	Correji dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.
12	Brindé el apoyo necesario y realizo planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
13	Realicé actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
14	Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**81747281**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**SURA**	**3/12/2024**	**$**	**162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**3/12/2024**	**$**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	**3/12/2024**	**$**	**31.700**
OTRO				
	TOTAL PAGADO		**$ 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, 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

Claudia M. Baquero

CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS:
CC: 51996707
CEL: 3108646655

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:	**CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS**	**CC:**	**51996707**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiambaquero@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3108646655**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CRA 87 B 19 A 66 TORRE 4 APTO 504**	**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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0570008480365520**
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 3132 2024**	**Nº CDP:**	**3657**	**Nº. RP:**	**44979**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$ 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					

Claudia M. Baquero

CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS
C.C . 51996707
cel: 3108646655

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	CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.996.707

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 3132 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP INICIAL:	17014	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81747281		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22628	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	25984	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1772	RP DE LA ADICIÓN:	29651	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33794	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38000	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41088	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43092	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	44979	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
Nº 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51996707	CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS	Cra 87B 19A - 66	3021089	claudiambaquero@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	81747281	$402.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	0	0	31.700			317	31.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51996707	CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS	Cra 87B 19A - 66	3021089	claudiambaquero@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	81747281	$402.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Estudiante	IHA	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VTP	VTT	ELN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51996707	BAQUERO CASASBUENAS CLAUDIA MILDREY	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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