Secretaría de Salud
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

FECHA: 2024-09-16

3292

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

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.023.005.701**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3292 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.838.040**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 32.109.221**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.919.020**
N° DE INFORME:	ONCE (11)	**N° CRP:**	17158	**N° CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC 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	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22753	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26102	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29765	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33902	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38102	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.021**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41187	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43186	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 5.838.040**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45063	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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	Descargué los reportes de acuerdo al instructivo de conversión de servicios de salud según modalidad de contratación.
2	Realicé cruces de información, verificando la facturación de actividades finales en el periodo del mes de noviembre y actividades realizadas por terceros de diagnóstico.
3	Socialicé a personal de estadística y de RED UTP las novedades presentadas, para realizar conciliación y subsanación de errores en la facturación.
4	Cargué las cuentas adecuadamente según matriz de contratación y manual de tarifas establecido.
5	Agrupé y clasifiqué los servicios actividad final por tipologías para presentación de informe ante producción del mes en curso, quirúrgicas y estancias.
6	Realicé la búsqueda de los soportes en la historia clínica para confrontar la tipología y facturación de cuentas hospitalarias.
7	Realicé el cargue a las plataformas DGH los soportes y facturas en liquidación, se actualizó drive de liquidación según el estado el ingreso.
8	Realicé la gestión y el seguimiento de las drive de anulaciones e inconsistencias para subsanar dichas novedades dentro los tiempos establecidos.
9	Solicité los RIPS a traves de la plataforma DGH dos días antes de la radicación de las facturas electrónicas de venta, de las entidades responsables de pago.
10	Realicé los ajustes y parametrización correspondientes de los servicios IPS, planes de beneficios, manuales y plantillas de servicios en el sistema de información que se solicitaron para su correcto funcionamiento.
11	Realicé el proceso debido para manejo de PQRS direccionadas al área de facturación realizando
12	Realicé el seguimiento y socialización de inconsistencias a las diferentes áreas asistenciales.
13	Realicé auditoría y seguimiento a cuentas asignadas de central.
14	Realicé el seguimiento a inconsistencias y/o objeciones dentro de los tiempos establecidos reportados en la Drive de inconsistencias.
15	Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que me asignaron.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477389717	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**9/12/2024**	**$ 163.200**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/12/2024**	**$ 208.900**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**9/12/2024**	**$ 31.900**
OTRO	**COLSUBSIDIO**	**9/12/2024**	**$ 26.200**
	TOTAL PAGADO		**$ 430.200**

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

Jeyson D.

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVES
CC: 1023005701
CEL: 3227617166

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:	**JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVES**	**CC:**	**1023005701**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	jdiazcha95@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3227617166**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 2 B ESTE # 90-20 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**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**09473162048**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 3292 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°. RP:**	**45063**	**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: 32.109.221**
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)	**$**					**2.919.020**
	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO VEINTE PESOS MDA/CTE					

Jeyson D.

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVES
C.C 1023005701
cel: 3227617166

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	JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.005.701

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3292 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				5.838.040,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.109.221,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.919.020,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(11 DE 11)	Nº CRP INICIAL:	17158	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477389717		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - COORDINACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
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	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22753	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26102	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29765	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33902	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38102	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.021	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41187	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43186	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.838.040	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45063	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

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

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 1023005701		DIAZ CHAVES JEYSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 2 B 90 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7673456	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	1108188321	9477389717	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCOLOMBIA	6	$430,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	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			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$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			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1023005701	DIAZ JEYSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF22	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/12/07 08:43 AM

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 1023005701		DIAZ CHAVES JEYSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 2 B 90 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7673456	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	1108188321	9477389717	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCOLOMBIA	6	$430,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				**1**	**$428,200**	**$2,000**	**$0**	**$430,200**