3485

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 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

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.071.868.637**
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 3485 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.592.640**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS(2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 19.639.765**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.796.320**
Nº DE INFORME:	ONCE(11)	**Nº CRP:**	17213	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES(11)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:					
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	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22769	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29779	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33915	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38115	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41199	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 3.592.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45071	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES(2)
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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:	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	Realizar llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientado
2	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
3	Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.
4	Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
6	Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
7	Brindar 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.
8	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
9	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
10	Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**8382499342**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**09/12/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**09/12/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**09/12/2024**	**$ 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 seoop 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

Karen Dayana Ortiz

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
CC:1071868637
CEL:3222044375

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:	KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE	CC:	1071868637
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ortizkarendayana207@gmail.com	TELÉFONO:	3222044375
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cra116c67a-32	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:	BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0724623426
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 3485 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	45071	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :DOCE MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 19.639.765
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					1.796.320
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Karen Dayana Ortiz Duarte

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
C.C 1071868637
cel: 3222044375

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			**KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.071.868.637**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
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 3485 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				3.592.640
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.639.765		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.796.320
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	ONCE (11)DE ONCE(11)	**Nº CRP INICIAL:**	45071	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3657
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**8382499342**		**OPERADOR:**		**MI PLANILLA**
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	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22769	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29779	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33915	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38115	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41199	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.676.565	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43196	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	45071	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES(2)
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	45071	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES(2)

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

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE	**NIT:**	1071868637
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2024
Número de Radicación:	8382499342	**Total a pagar:**	$402,200
Fecha de vencimiento:	10/12/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/12/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	46004039
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$31,700
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,500
						$402,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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