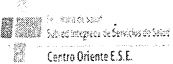
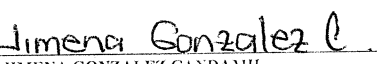
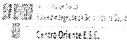


Centro Oriente E.S.E. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORIAE DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN						CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
JIMENA GONZALEZ CANDAMIL							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.001.043.515			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 5492 2024		FECHA INICIO CONTRATO		6/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.951.904		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN MES (I) Y VEINTICINCO (25) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.951.904			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 461.055
Nº DE INFORME:		2		N° CRP:		47439	N° CDP: 3769
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN MES (I) Y VEINTICINCO (25) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	0
						PRORROGAS	0
III. POLIZAS							
¿PACTO 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)							
1 Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Tringe I,II,Y II							
2 Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programacion de Cirugias ambulatorias							
3 verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresaos							
4 Subi soportes de verificación de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion							
5 Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento							
6 Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados							
7 Realice el Censo y seguimiento de pacientes que se encuentra en el servicio, esto con el fin de tener identificado el 100% de los pacientes que se encuentran en los servicios diariamente y realice reporte de estancia y procedimientos							
8 Realizar la hospitalización y asignación de cama en DGHI de los pacientes que se informen desde el area asistencial que se les debe asignar una Primera Cama							
9 Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizazion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solicitados							
10 Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solicitados							
11 Subi los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica Gerencial (Urgencia , Estancias y procedimientos)							
12 Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y así dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente							
13 Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales							
14 Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato.							
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		9478636368		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		SURA		9/12/2024		\$ 163.000	
PENSIÓN:		PORVENIR		9/12/2024		\$ 208.600	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		9/12/2024		\$ 31.800	
OTRO				9/12/2024		\$ 0	
		TOTAL PAGADO				\$ 403.400	
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 libe 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							
Jimena Gonzalez C. JIMENA GONZALEZ CANDAMIL CC 1001043515 CEL 3213758643							

 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (08/12/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JIMENA GONZALEZ CANDAMIL			CC:	1001043515	
CORREO ELECTRÓNICO:	jimena.gonzalez17@hotmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 781# 57F29 SUR			TELÉFONO:	3213758643	
				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						
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 CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24110031820
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 5492 2024	N° CDP:	3769	N°. RP:	47439	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES (1) Y VENTICINCO (25) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$ 3.951.904
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 07/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 461.055 CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS					
 JIMENA GONZALEZ CANDAMIL CC: 1001043515 TELÉFONO: 3213758643						

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JIMENA GONZALEZ CANDAMIL		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.001.043.515		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 5492 2024	FECHA INICIO CONTRATO		6/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 3.951.904			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 3.951.904		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 461.055	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	47439	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3769
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN MES (1) Y VEINTICINCO (25) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478636368	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICION (0)	PRORROGA (0)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X		
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		-		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX		
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 (07/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA EL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO			
		CARGO: DIRECTOR FINANCIERO			
		NOMBRE Y FIRMA AYOPO DEL SUPERVISOR: YENI ROCIO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES			



aportes
en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001043515		GOHZAIEZ CANDAMIL JIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 78 i #57 f 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213758643	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1109149149	9478636368	I	2024/12/05	2024/12/09	HEQUI	\$403,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)		1	\$208,000	\$600	\$0	\$208,600		
PORVENIR	230301	800,224,803	8	1	\$208,000	\$600	\$0	\$208,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)		1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)		1	\$162,500	\$500	\$0	\$163,000		
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$162,500	\$500	\$0	\$163,000
TOTAL			\$403,200	\$1,200	\$0	\$403,400		

