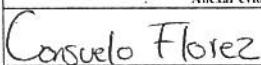
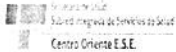
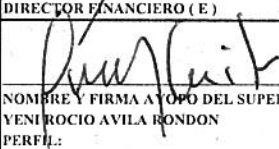


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CONSUELO FLOREZ GARCIA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.175.439	
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 2805 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 5.927.856	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 5.927.856	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	S 1.975.952
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	7115
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		Director Financiero (F) WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES 0 PRORROGAS 0
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	Realice Ingresos en el sistema de Información Dinámica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I, II, y III		
2	Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programación de Cirugías ambulatorias		
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprador, 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 ingresados		
4	Subi soportes de verificación de derechos en el sistema de Información Dinámica Gerencial en el ítem de Requerimientos y realice actualización periódica del paciente durante la estancia en la institución		
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 AFILIACIÓN, 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 DGH de los pacientes que se informen desde el área asistencial que se les debe asignar una Primera Cama		
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorización (Correo, teléfono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorización de los servicios solicitados		
10	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorización (Correo, teléfono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorización de los servicios solicitados		
11	Subi los soportes de la Gestión de autorización en el Sistema de Información Dinámica 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 consecución de las autorizaciones oportunamente		
13	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Institucionales		
14	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor de contrato.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	82631716	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	17/01/2025	S 163.000
PENSIÓN:	COMPENSACIONES	17/01/2025	S 208.600
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	17/01/2025	S 31.800
OTRO	COMPENSAR CAJA	17/01/2025	S 26.100
TOTAL PAGADO			S 429.500
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 ítem se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)			
3.- Que adjunto evidencia del cargo 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			
 CONSUELO FLOREZ GARCIA CC 52175439 CEL 3214735584			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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: (31/01/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CONSUELO FLOREZ GARCIA			CC:	52175439	
CORREO ELECTRÓNICO:	cflorez70@ucatolica.edu.co			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cflorez70@ucatolica.edu.co			TELÉFONO:	3214735584	
				CIUDAD:	BOGOTÁ 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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	004870303239
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)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2805 2025	Nº CDP:	3	Nº. RP:	7115	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5.927.856
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.975.952					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS					
<div>Consuelo Florez</div> <div>CONSUELO FLOREZ GARCIA</div> <div>CC: 52175439</div> <div>TELÉFONO: 3214735584</div>						

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		CONSUELO FLOREZ GARCIA	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.175.439	
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 2805 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.927.856		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.927.856	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.975.952
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	7115
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82631716	OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Director Financiero (E) WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICIÓN (0) PRORROGA (0)
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2/01/2025) AL (31/01/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA EL SUPERVISOR: WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA CARGO: DIRECTOR FINANCIERO (E)	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR: YENY ROCIO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52175439	CONSUELO FLOREZ GARCIA	CR 77H 65/28 SUR	7519594	CLOREZ70@UCATOLICA.ED. CO				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLEADOS				
					1				
					0				
					TOTAL A PAGAR				
					\$429.500				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0			4	500	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								163.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	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
14-7	Seguros Belvar S.A.	860002503-2	31.700			31.700	4	100	31.600		317		31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.000	4	100	25.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	4	0	0	0
0	4	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA									
Tipo Administradora			No. Administradoras Reportadas			Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora			
Salud			1			162.500			
Pensión			1			208.600			
Riesgos Laborales			1			31.800			
CCF			1			25.100			
ESAP			0			0			
ICBF			0			0			
MEN			0			0			
SENA			0			0			
TOTALES			4			428.200			