10

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

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.908.143				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 2810 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$8.016.078		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	2.672.026
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	7120	**Nº CDP:**	3
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 (E)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	

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Genere reporte diario del detallado de facturación y ordenes de salidas del dia inmediatamente anterio, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue Consolidado en el DRIVE-el cual esta en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com
2	Verifique que lo facturado y lo que tiene Ordenes de salida cuenten con las autorizaciones según los servicios prestados,y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinamica Gerenncial-Requerimientos y observaciones en el DRIVE por cada
3	Reporte diariamente al area de facturacion los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar Los cuales furon Reportar por correo uditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co
4	Revise diariamente el Censo por servicios esto con el fin de poder identificar oportunamente las incostencias en el proceso de autorizaciones y asi realice el reporte a los referentes trasversales del proceso de autorizaciones
5	Verifique que se encuentren los soportes administrativos de las revision de las bases de datos (DNP,ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS, VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB,y se guardo evidencia en carpeta diaria nombrada por ingreso
6	Subi soportes de gestion de autorizaciones y verificacion de derechos de cada uno de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalizacion y/o de programacion de procedimeintos ambulatoria en Dinamica Gerencial
7	Di respuesta oportuna de cada uno de los casos que reporta el area de cuentas medicas
8	Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistecia , esto con el fin de que se subsanen
9	Realice informe mensual con el comportamiento frente a la gestion de las Unidades en el proceso de autorizaciones enviado a autorizaciones@subredcentruoriente.gov.co-referente de autorizaciones
10	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad.
11	Realiza actividad de gestion en el reporte de egresos a las EAPB
12	Asisti a las capacitaciones, reuniones programadas por la área y/o la Subred;
13	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7952419417	**OPERADOR:**	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	COMPENSAR	16/01/2025	$ 162.800	
PENSIÓN:	PORVENIR	16/01/2025	$ 208.300	
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	16/01/2025	$ 31.800	
OTRO	COMPENSAR CAJA	16/01/2025	$ 26.100	
TOTAL PAGADO			$ 429.000	

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 periodo correspondiente

Jeimmy Verdugo C.

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC 1023908143
CEL 3022624191

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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS	**CC:**	1023908143
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	jjverdugoc17@gmail.com	**TELÉFONO:**	3022624191
DIRECCIÓN DOMICILIO:	jjverdugoc17@gmail.com	**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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDÓ EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0570008480371072

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2810 2025	**N° CDP:**	3	**N°. RP:**	7120	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:$ 8,016,078
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,672,026					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS					

Jeimmy Verdugo C.

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC 1023908143
TELÉFONO: 3022624191

Secretaría Distrital 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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.023.908.143**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 2810 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.016.078**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 8.016.078**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.672.026**	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**1**	**Nº CRP INICIAL:**	**7120**	**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:	**7952419417**		**OPERADOR:**	**SOI**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**Director Financiro (E) WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA**				
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 (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 AYOPO DEL SUPERVISOR:** **YENI ROCIO AVILA RONDON** **PERFIL:** **REFERENTE DE AUTORIZACIONES**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	1023908143
NOMBRE O RAZON SOCIAL			JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CIUDAD MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 22 A SUR N° 7 - 39	TELEFONO	2391149
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7952419417	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA			2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/01/16	NUMERO AUTORIZACION			1196796532

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-FORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 208.000	$ 300	$ 208.300
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 300	$ 208.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 300	$ 0	$ 162.500	$ 300	$ 0	$ 162.800
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 300	$ 0	$ 162.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 100	$ 26.100
SUBTOTALES:			$ 26.000	$ 100	$ 26.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NUMERO	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RELACIONA PENSIONADO	IGE	LMA	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VTE	PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																				ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC	1023908143	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000			NO												230301-FORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS006-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000	$102390614	$ 31.700	30	$ 1.300.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 429.000