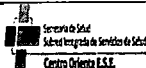


4212

		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		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 TATIANA HIDALGO ROMERO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.010.007.594		
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 4212 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				03 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.927.856		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 5.927.856		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.975.952	
N° DE INFORME:		UNO (1)		N° CRP:	
				7494	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS		N° CDP:	
				6	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACION	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 Verificar derechos del paciente frente a la seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisiónista).					
2 Reportar por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias.					
3 Recepcionar, registrar y confirmar los órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.					
4 Revisar el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y revisar que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios					
5 Verificar y adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de volúmenes y normatividad vigente.					
6 Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.					
7 Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos.					
8 Elaborar factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de volúmenes y normatividad vigente					
9 Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería.					
10 Diligenciar la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		1068676968		OPERADOR:	
				SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		15/01/2025	
PENSIÓN:		PORVENIR		15/01/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		15/01/2025	
OTRO		XXXXXX		XXXXXX	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMVL (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, srl, pensión, ru) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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					

Karen Hidalgo
KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO
C.C 1.010.007.594
cel: 3004818869

2

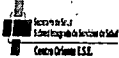


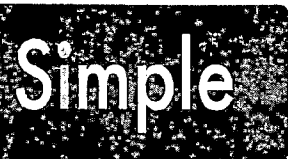
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO					CC:	1010007594
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENTATIANA548@GMAIL.COM					RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5P 48K 16 SUR					TELÉFONO:	3004818869
						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:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550488430585924
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 4212 2025	Nº CDP:	6	Nº RP:	7494	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.927.856
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 03/01/2025 AL 31/01/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.975.952						
UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA / CTE							

Karen Hidalgo
KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO
C.C. 1.010.007.594
cel: 3004818869

		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		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			KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.010.007.594		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 4212 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		03 DE ENERO DE 2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		5.927.856		5.927.856	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$		1.975.952	
N° PAGO / N° DE INFORME:		UNO (1)		N° CRP INICIAL:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS		7494	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068676968		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION		6	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SCH CENTRO DE SALUD CHIRCALES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		0		0	
CDF DE LA ADICIÓN:		0		RP DE LA ADICIÓN:	
TIEMPO PRORROGADO:		0		0	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS				SI	
NO					
1 ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?					
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?					
3 ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?					
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?					
5 ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?					
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				03/01/2025	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				AL 31/01/2025	
				WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E)	
				YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION	



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-19, 12:22:20 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1068676968 Referencia pago(PIN) 8863712900

Periodo Cotización 202412 Periodo Servicio 202412

Cliente:

PAGADA 2025-01-15 EN HORARIO EXTENDIDO

ATOS DEL APORTANTE

on Social	KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO				
umento	CC 1010007594			Dirección	TV 5P #48 K - 16 SUR
de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3004818869
Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
lad	BOGOTA D.C.			Total Afiliados	1
resentante Legal				Departamento	BOGOTA D.C.
				Identificación	

ATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010007594		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Cotizante	57	00				HIDALGO ROMERO KAREN TATIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

PORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales							
TAE	DP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAG	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF				Código AFP	Código AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF		
												0	30	30	30	0				\$ 1.020.000	230301		16 %	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	EPS008		12,5 %	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.300.000	\$ 31.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

OTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200

