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 DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1291 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**02 DE ENERO DE 2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.388.960**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 5.388.960**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.796.320**
Nº DE INFORME:	UNO (1)	**Nº CRP:**	**6008**	**Nº CDP:**	**3**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
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:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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 afiliacion 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, genero y segun 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 IXIH y soportar con la documentación que presenta el usuario segun acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
7	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momentn 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 medica, para disminucion de filas en salas de espera.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**8383443573**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	20/01/2025	$ 163.300
PENSIÓN:	PORVENIR	20/01/2025	$ 209.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	20/01/2025	$ 31.900
OTRO	0	0	$ -
TOTAL PAGADO			**$ 404.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentrn 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 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

Karen Ortiz
KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
C.C 1.071.868.637
cel: 3222044375

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 DAYANA ORTIZ DUARTE	**CC:**	1071868637
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ortizkarendayana207@gmail.com	**TELÉFONO:**	3222044375
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera116e#67a-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 certificacion se expide para efectos de la retención en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 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:	BBVA	***TIPO DE CUENTA:***	AHORROS	**Nº CUENTA:**	724623426
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 1291 2025	**Nº CDP:**	3	**Nº. RP:**	6008	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31 DE MARZO DE 2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	$ 5.388.960
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	2/01/2025	**AL**	31/01/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.796.320
	UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE						

Karen Ortiz

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
C.C 1.071.868.637
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 FECHA: 2024-09-16

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. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1291 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**02 DE ENERO DE 2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			5.388.960
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 5.388.960		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 1.796.320
N° PAGO / N° DE INFORME:	UNO (1)	**N° CRP INICIAL:**	6008	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**8383443573**	**OPERADOR:**		**MI PLANILLA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		**DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION**			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				0	0
VALOR ADICIONADO	0	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° 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?		
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 **2/01/2025** **AL** **31/01/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA** **DIRECTOR FINANCIERO (E)** **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:**	diciembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2024
Número de Radicación:	8383443573	**Total a pagar:**	$404,200
Fecha de vencimiento:	13/01/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	20/01/2025	**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:**	45312329
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	$31,900
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$209,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$163,300
						$404,200

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 8383443573, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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