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					
CAMILO ANDRES SALAS MARIN					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.013.589.372**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO EN AUDITORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2800 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**14.926.500**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**14.926.500**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**4.975.500**
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**	7110	**N° CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES		SUBGERENTE CODIGO 090 GRADO 07		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	x
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	capacitar a los funcionarios de la institucion con el fin de evitar los errores e inconsistencias en el proceso integral de atencion de los usuarios que puedan generar objeciones y glosas, se le brinda las recomendaciones a los medicos en la correcta diligenciamiento del formato de referencia y requisitos.
2	Diligenciar el formato que envia el area de autorizaciones de las largas estancias del fondo financiero, diligenciando el archivo excel columna P, indicando motivo de larga estancia, según la demanda del servicio de autorizaciones. Se envia informacion los dias 8 enero cantidad de historias clinicas revisadas (33) - 13 enero cantidad de historias clinicas revisadas (52) 16 de enero. cantidad de hisotorias clinicas revisadas (68)
3	realizar seguimiento a la prestacion del servicio de unidad salud mental, en el hospital universitario de santa clara, de largas estancias de las eps capital salud y famisanar informar de los hallazgos al area correspondiente donde se identifique una falla o demora en la atencion del usuario.
4	informar al lider de santa clara, Doctor rubio y su apoyo administrativo Doctora Gina y coordinacion de salud mental, cuando lo soliciten o se identifique, los casos que estan pendientes por radicar en referencia y contrareferencia en tramites de remision en unidad de salud mental, con el fin de disminuir la larga estancia o tener la autorizacion de estancia del usuario. cantidad de tramites revisados con referencia hasta la fecha 21/01/2025 21 casos, de los cuales 15 ya egresaron pendiente por dar egreso 6
5	se apoya como apoyo tecnico y adminitrativo en referencia y contrareferencia frente a los casos de larga estancia, dentro del hospital universitario de santa clara, cual es el motivo administrativo por el cual el caso de remisiones despues de 8 dias el usuario no ha salido de la institucion o toma de ayuda diagnostica, indagar los motivo de larga estancia independientemente de la eps.
6	Tener en cuenta las observaciones y lineaminetos del supervisor del contrato
7	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica)
8	Asistir a reunion el dia 24 de enero a las dos pm en calidad con auditores de capital salud frente a hallazgos
9	presentar informe a sub gerencia de servicios de salud centro oriente de auditoria concurrente frente a hallazgos encontrado en unidad de salud mental, con corte del 23 de diciembre del año 2024 al 21 de enero del año 2025 y recibir retroalimentacion
10	entregar informe de hallazgos de auditoria concurrente el dia 25 de cada mes. Con matriz de excel, en donde se documentan los casos.
11	revisar los casos que envien los auditores de famisanar de larga estancia para los siguiente casos, que cumplen con criterios de hospitalizacion unidad de cuidado cronico, unidad de cuidado domicilio, oxigeno, terapia farmacologica en domicilio, que favorecen el egreso temprano, como los requerimientos que solicitan referencia en agilizar el proceso administrativo. en el periodo del 22 de diciembre al 21 de enero del 2025 se han recibido 2 correos, dado que estan en periodo de vacaciones y vuelven despues del 20 de enero del año 2025 y del 23 de enero del año 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**83132194**		**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**COMPENSAR**	**16/01/2025**		**$**	**248.800**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**16/01/2025**		**$**	**318.400**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	**16/01/2025**		**$**	**48.500**
OTRO	**CAJA DE COMPENSACION COMPENSAR**	**16/01/2025**		**$**	**39.800**
TOTAL PAGADO				**$ 655.500**	

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 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

Powered by CamScanner

CAMILO ANDRES SALAS MARIN
CC:1013589372
CEL:3002178699

Powered by CamScanner

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES SALAS MARIN	**CC:**	1013589372
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	kmiloandrewmarin87@outlook.com	**TELÉFONO:**	3002178699
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 48 N° 3-51	**CIUDAD:**	BOGOTA DC

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 CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488414915212**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2800 2025**	**N° CDP:**	**2**	**N°. RP**	**7110**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA TERMINACION DE CONTRATO**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 14.926.500**
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)	**$ 4.975.500** **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE**					

CAMILO ANDRES SALAS MARIN
C.C 1013589372
cel: 3002178699

Powered by CamScanner

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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAMILO ANDRES SALAS MARIN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.013.589.372
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO EN AUDITORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2800 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	14.926.500,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	14.926.500,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 4.975.500,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 DE 1	**N° CRP INICIAL:**	7110	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83132194	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES	SUBGERENTE CODIGO 090 GRADO 07	

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION	PRORROGA
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

Powered by CamScanner

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Maryury Diaz Cespedes **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **MARYURY DIAZ CESPEDES** **CARGO:** **SUBGERENTE CODIGO 090 GRADO 07**
	CAROLINA ORTIZ GUEVARA **APOYO TECNICO SUPERVISOR:** **CAROLINA ORTIZ GUEVARA** **CARGO:** **APOYO ESPECIALIZADO S.S.S**

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013589372	CAMILO ANDRES SALAS MARIN	CALLE 48 N 3 - 51 APTO 101	65489854	kmiloandrewmarin87@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	16/01/2025	83132194	$655.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	248.800	0		0		0	0	0	0	248.800	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	318.400	0	0	0	0	0	0		318.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	48.500				48.500	0	0	48.500			485	48.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	39.800	0	0	39.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	248.800	248.800
Pensión	1	318.400	318.400
Riesgos Laborales	1	48.500	48.500
CCF	1	39.800	39.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	655.500	655.500

PAGADA

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

Powered by CamScanner

Abo CAROLINA ORTIZ.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013589372	CAMILO ANDRES SALAS MARIN	CALLE 48 N 3 - 51 APTO 101	65489854	kmiloandrewmann87@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	16/01/2025	83132194	$655.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013589372	SALAS MARIN CAMILO ANDRES	59	0			N																	25-14	1.990.000	318.400	0	0	0	0	EPS008	1.990.000	248.800	14-11	1.990.000	3	48.500	CCF24	1.990.000	39.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

VoBo CAROLINA ORTIZ