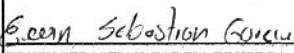
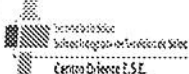
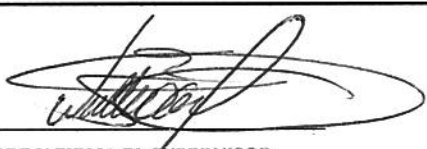
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.000.685.745		
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 4192 2025		FECHA INICIO CONTRATO	3/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.927.856	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.151.142	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 99.238		
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	7475	Nº CDP:	6
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Director Financiero (E) WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACION	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 223.286	CDP DE LA ADICION	815	CDP DE LA ADICION	TIEMPO PRORROGA DO
III. POLIZAS					
¿PACTO 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 APROBACION:		DD/MM/AAAA
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	Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica 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 programacion de Cirugias ambulatorias				
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por numero de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados				
4	Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion				
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 AFILIACION, 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 area asistencial que se les debe asignar una Primera Cama				
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solicitados				
10	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solicitados				
11	Subi los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica 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 consecucion 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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	8634712564		OPERADOR:	ASOPAGOS	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	CAPITAL SALUD	10/02/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PROTECCION	10/02/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/02/2025	\$ 34.700		
OTRO		10/02/2025	\$ 0		
TOTAL PAGADO:			\$ 440.500		
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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					
 EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA CC 1000685745 CEL 3197676669					

		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: (31/03/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA			CC:	1000685745	
CORREO ELECTRÓNICO:		icedwin2001@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CALLE 74 A 87 C 64 SUR			TELÉFONO:	3197676669	
					CIUDAD:	BOGOTA 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 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							
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	N° CUENTA:	550488430883	
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)							
N° DEL CONTRATO:	PS 4192 2025	N° CDP:	815	N° RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$ 6.151.142	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 07/02/2025 AL 28/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 99.238						
	NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS						
<div>Edwin Sebastian Garcia</div> <div>EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA</div> <div>CC: 1000685745</div> <div>TELÉFONO: 3197676669</div>							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.000.685.745		
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 4192 2025	FECHA INICIO CONTRATO		3/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.927.856			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.151.142		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 99.238	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	7475	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		8634712564	OPERADOR:	ASOPAGOS	
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 (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (1)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$ 223.286	CDP DE LA ADICION:	815	CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO
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					
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
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 (07/02/2025) AL (28/02/2025)					
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			

 ASOPAGOS
S.p.A.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA	
CC 1000685745	0	EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural	
MUN-DEP		DIRECCIÓN	TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1		CALLE 34A 87C 64 SUR	3197676699			LEEDWIN2001@GMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSION	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	TODOS LOS CENTROS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-01	2025-01	8634712564	I	2025-02-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	440 500	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8627463307	2025-02-12	Pagada							

[illegible]

 ASOPAGOS
S.d.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN		ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1000685745	0	EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA		R099	Natural
MUN-DEP		DIRECCIÓN	TELÉFONO				EMAIL		EVENTO DE PARAFISCALES
11-1		CALLE 3AA 87C 64 SUR	3197676669				LEEDWIN2001@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIONI	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-01	2025-01	8634712564	I	2025-02-10	TODOS LOS CERTIFICOS	TODOS	TODOS	440.500	0	Banco Occidente
N° AFILIADOS	REF DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8637463307	2025-02-12	Pagada							

TOTALES IBC					
IBC PENSIÓN	1.423.500	IBC SALUD	1.423.500	IBC RIESGOS	IBC CAJAS
				1.423.500	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	34.700	0	0	0	34.700
POSITIVA	14.23	860011153	6	1	34.700	0	0	0	34.700
Gran Total					440.500	0	0	0	440.500