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

JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				11.205.931	
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 5038 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.750.000	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.750.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.470.000	
Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP:	0	Nº CDP:	820
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	10 DE MARZO DE 2025	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	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	Admitir en el sistema de informacion los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalizacion (en unidades donde no havadmisionista).
2	verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliacion del usuario (en unidades donde no hay admisionista)
3	actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de informacion
4	reportar por correo electronico al area de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificacion del paciente que se encuentra en atencion medica en el servicio de urgencias
5	revisar la respuesta y soportes emitidos por parte del area de trabajo social (participacion social y atencion al usuario) en cuanto a identificacion o clasificacion del paciente
6	recepcionar, registrar y confirmar las ordenes de servicio de la consulta o la observacion de urgencias
7	revisar el estado de cuenta del paciente contra historia clinica, y revisar que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de informacion, garantizando cobro dentro de la factura electronica de ven
8	verificar y adjuntar los soportes de tecnologias no incluidas en el plan de beneficios reportadas al ente respectivo (mipres)
9	verificar y adjuntar el soporte entregado por el area de autorizaciones de tramite segun acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
10	egresar oportunamente los pacientes del sistema de informacion, una vez se notifique orden de salida por el area asistencial.
11	generar orden de salida en sistema de informacion, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos
12	verificar y adjuntar los soportes manuales generados en la prestacion de servicios al sistema de informacion dgh (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, record anestesia, aplicacion de medicamentosete)
13	elaborar factura de los pacientes de urgencias y observacion y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atencion prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente
14	legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperacion que hagan los usuarios, en sistema de informacion y ante el area de tesoreria
15	diligenciar la solicitud de credito, el formato de pagare y verificar el registro de la informacion suministrada por el usuario
16	recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagares.
17	realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del area de tesoreria
18	entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del area
19	corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion, las devoluciones que hace el analista de cuentas
20	brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de informacion y/o bases de datos afines.
21	recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de liquidacion de los servicios de hospitalizacion y cirugia ambulatoria
22	realizar actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el sgsss y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area
23	realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
24	participar en todas las reuniones y capacitaciones programadas por la subred. 24 realizar acompañamiento y capacitacion al talento humano segun sea designado
25	Con la firma del contrato, el CONTRATISTA ACEPTA que al momento de entregar el dinero reacaudado en la ventanilla, presenta alguna diferencia o ausencia del mismo, este será descontado de los honorarios que se certifiquen en el mes correspondiente al fal

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	NUEVO	OPERADOR:	MIPLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	XXXXXXX	$ -
PENSIÓN:	PROTECCION	XXXXXXX	$ -
RIESGOS LABORALES:	COLPATRIA	XXXXXXX	$ -
OTRO	XXXXXX	XXXXXXX	$ -
TOTAL PAGADO			$ 0

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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 período correspondiente

Jorge Caicedo

JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ
C.C 11.205.931
cel: 3028328014

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:	JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ	CC:	11205931
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	jorge.diaz841027@gmail.com	TELÉFONO:	3028328014
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18F 01 37	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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24123339854
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 5038 2025	Nº CDP:	820	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	VEINTICINCO (25) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10 DE MARZO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.750.000
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	17/03/2025	AL	31/03/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.470.000
	UN MILLÓN CUATROCIENTOS SETENTA MIL PESOS MDA / CTE						

JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ
C.C 11.205.931
cel: 3028328014

5038

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	JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11.205.931

I. INFORMACION 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 5038 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10 DE MARZO DE 2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.750.000				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.750.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.470.000		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP INICIAL:	0	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	NUEVO	OPERADOR:	MIPLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	10 DE MARZO DE 2025	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION:	0	PRORROGA	0
VALOR ADICIONADO	-	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	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION:			

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 **17/03/2025** **AL** **31/03/2025**

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 | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 11205931, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250305	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
DIANA CAROLINA PINILLOS HERRERA	CY	1023891579	CC	20161201	20170214	Retirado
JUAN JOSE CAICEDO PINILLOS	HI	1013135875	TI	20160923	20160923	Retirado
VICTORIA CAICEDO PINILLOS	HI	1233508209	TI	20170726	20180531	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
JORGE CAICEDO

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

compensar | salud eps

COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 28255987

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAICEDO DIAZ JORGE ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **11.205.931** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de marzo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025031917572