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	**$** 14.926.500	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 29.853.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 4.975.500	
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	7110	**Nº CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES		SUBGERENTE CODIGO 090 GRADO 07		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 14.926.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	776	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12245	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	x
Nº 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se capacito 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	se realizo 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. se anexara al informe de gestion a informe.
3	se informo al lider de santa clara, apoyo administrativo y coordinacion de salud mental, cuando solicitaron la identificacion, de los casos que estaban pendientes por radicar en referencia y contrareferencia en tramites de remision de la unidad de salud mental, con el fin de disminuir la larga estancia o tener la autorizacion de estancia del usuario. tramites revisados por solicitud desde el 23 de marzo hasta el 21 de abril : analisis de glosa,de jose efigenio rivas cedula 1113662210 de emsanar se envia respuesta el 27 de marzo y 8 de abril, se envia resultado de resonancia magnetica de usuaria tania rosa silva cedula ven14478104 el 7/04/2025, se envia informacion de reporte de remisiones de 9 casos con referencia el dia 7/04/2025, se solicita cambio de pagador de usuario carlos andres hernandez cedula 1032398804 de particular a capital salud, cambio de pagador juan david vasquez cedula 1021671446 de tope soat a nueva eps, seguimiento de 8 casos de remisiones con referencia el dia 4/04/2025, se envia resultado de resonancia magnetica del usuario jesus areban cedula 17327545 el dia 4/04/2025, se envia resultado de rnm de nohema arena cedula 12593194, el dia 4/04/2025, se envia informacion de seguimiento de larga estancia salud mental el dia 3/04/2025 84 registros se revisan, solicitud de cambio de pagador willy ramon cedula 4936936 de sanitas a capital salud, 2/04/2025,
4	se hizo 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.
5	se tuvo encuenta las observaciones y lineaminetos del supervisor del contrato
6	se Garantizo la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica)
7	se asistio a la reunion de larga estancia el dia 4 y 10 de abril, a las 10 am por plataforma tems de larga estancia con el Doctor Guillermo Rubio.
8	se presento informe a sub gerencia de servicios de salud, de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente, de la auditoria concurrente frente a los hallazgos encontrados en la de salud mental, con corte del 23 de Marzo del año 2025 al 21 de Abril del año 2025 y otros casos que se hayan encontrado de otras Eps.
9	entregar informe de hallazgos de auditoria concurrente el dia 28 de cada mes. Con matriz de excel, en donde se documentan los casos.
10	se revisaron los casos que enviaron los auditores de famisanar de larga estancia injustificada, se dio objecion, dado que aun cumplian con criterios de hospitalizacion se agilizo procesos de unidad de cuidado cronico, o domiciliario, oxigenos, que favorecieron el egreso, en el periodo del 23de Marzo al 22 de abril del 2025 se respondieron , 17 casos de matriz del 1 al 31 de marzo y 5 casos del 1 de abril al 4 de abril, casos para objecion de dias de estancia injustificada, en el hospital universitario de santa clara.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85527838		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	COMPENSAR		9/04/2025	$	248.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES		9/04/2025	$	318.400
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA		9/04/2025	$	48.500
OTRO	CAJA DE COMPENSACION COMPENSAR		9/04/2025	$	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

CAMILO ANDRES SALAS MARIN
CC:1013589372
CEL:3002178699

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 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	$				14.926.500,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.853.000,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 DE 4	**N° CRP INICIAL:**	7110	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85527838			**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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				1	1
VALOR ADICIONADO	$ 14.926.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	776	**RP DE LA ADICIÓN:**	12245	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES

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: (30/04/2025)			
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	( )

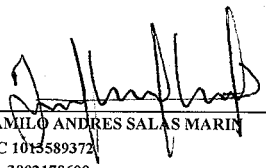
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

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:**	**776**	**N°. RP**	**12245**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **TRES (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA TERMINACION DE CONTRATO**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** 29,853,000
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
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

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° 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 (1/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
MARYURY DIAZ CESPEDES
CARGO:
SUBGERENTE CODIGO 090 GRADO 07

APOYO TECNICO SUPERVISOR:

CARGO:
APOYO ESPECIALIZADO S.S.S

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	00000000	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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85527838	$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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa: CAMILO ANDRES SALAS MARIN

NIT: 1013589372

Tipo Planilla: N

Periodo liquidación Pensiones: marzo 2025

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: marzo 2025

Número de Radicación: 85817659

Total a pagar: $500

Fecha de vencimiento: 16/04/2025

Total de empleados: 1

Fecha de Pago: 14/04/2025

Número de Administradoras: 4

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Nit recaudo: 9998600669427

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Medio de Pago: Pago Electronico por PSE

Banco: BANCO DAVIVIENDA

Número Autorización: 1410263539

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	$100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$100
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$100
						$500

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