

		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 RICARDO DAVID SILVA PALMA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.079.935.133			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1267 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 15.517.480		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 95.785.172		FECHA INICIO CONTRATO	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		6		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 10.650.634		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 8.252.478		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 12.272.916		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 28.566.270		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 11.003.304		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <i>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</i>					
ITEM					
1		Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente			
2		Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada.			
3		Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.			
4		Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido			
5		Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.			
6		Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.			
7		Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de Ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención			
8		Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.			
9		Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados			
10		Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.			
11		Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos			
12		Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.			
13		Reportar al Área de Recursos físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.			
14		Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad			

15	Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	Participar en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
18	Participar en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
19	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de conciliacion por parte de EPS-S-EAPB
20	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion
21	Participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
22	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica
24	Instruir a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
25	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
26	Facilitar las labores de supervision que la SUBRED, realice en forma directa por la subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a traves de terceros.
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la Oficina de garantia de Calidad.
28	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor.
29	Apoyar en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas.
30	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la Institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades
31	Las demas asignadas por la supervision del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82508406	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	\$	455.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/12/2024	\$	582.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	9/12/2024	\$	88.700
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 1.126.100

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calcula 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 afiliacion a eps, arl, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

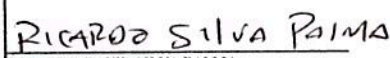
VII. ANEXOS

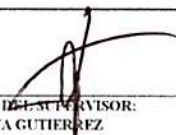
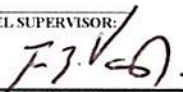
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

RICARDO SILVA PALMA

RICARDO DAVID SILVA PALMA :
CC:1079925133
CEL:3187887182

		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 GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6		
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024						
NOMBRES Y APELLIDOS:		RICARDO DAVID SILVA PALMA		CC:	1079935133	
CORREO ELECTRÓNICO:		Ricardo0909@gmail.com		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		DQ 39 SUR No 3 20 ESTE		TELÉFONO:	3187887182	
				CIUDAD:	BOGOTÁ DC	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomare costos y deducciones				☐		
SI tomare 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 v						
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
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				Nº CUENTA:	0550488405682649	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1267 2024	Nº CDP:	3757	Nº RP:	45636	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOCE (12) MESES						
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 95.785.172	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		5				
		8.887.284				
OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS						
<div style="text-align: center;">  RICARDO DAVID SILVA PALMA C.C 1079935133 cel: 3187887182 </div>						

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FI-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			RICARDO DAVID SILVA PALMA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.079.935.133		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 1267 2024		FECHA INICIO CONTRATO 21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 15.517.480			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 95.785.172		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 8.887.284	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(12 de 12)		Nº CRP INICIAL:	13458
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		82508406		OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		21.V HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANTH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (6)	PRÓRROGA (6)
VALOR ADICIONADO	\$ 10.650.634	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21177
VALOR ADICIONADO	\$ 8.252.478	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	RP DE LA ADICIÓN:	24089
VALOR ADICIONADO	\$ 12.272.916	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28902
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32294
VALOR ADICIONADO	\$ 28.566.270	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36243
VALOR ADICIONADO	\$ 11.003.304	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	RP DE LA ADICIÓN:	45636
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA	
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					
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			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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/12/2024) AL (31/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:  YANTH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESUALDO ENRIQUE RACHO VARGAS PERFIL: REFERENTE CLINICAS MEDICAS 			

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA				
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA PASADADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES						
CC	1076935133	RICARDO DAVID SILVA PALMA		Calle 49 y bus sur # 7-26	7472953	ricardo5090@gmail.com							1	0
								2024-11	2024-11	1	09/12/2024	82508406	TOTAL A PAGAR	
							NO						\$1,126,100	

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					
EPS003	Compañía EPS	86006942-7	455,000	0		0		0	0	0	0	455,000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporta Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporta FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colombianos	900336047	532.400	0	0	0	0	0	0		532.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Colización		Aportes Otros	Valor Neto Colización	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	Voluntaria									
14-7	Seguros Bolívar S.A.	96002500-2	83.700			83.700	0	0	83.700		837	83.700	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aports	Total a Pagar	No. Afiliados
		BENA		
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salu4	1	455 000	455 000
Pension	1	532 400	532 400
Riesgos Laborales	1	83 700	83 700
CGP	0	0	0
ESAP	0	0	0
IGBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1 125 100	1 125 100