

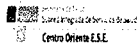
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 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	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	84.781.868	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	9.098.886		
Nº DE INFORME:	10		Nº CRP:	13458	Nº CDP: 146		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ZLV HOSPITAL LA VICTORIA						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ						
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	5	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	\$	10.650.634	CDP DE LA ADICIÓN:	935	CRP DE LA ADICIÓN:	21177	TIEMPO PRORROGA DO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$	8.252.478	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	CRP DE LA ADICIÓN:	24089	TIEMPO PRORROGA DO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$	12.272.916	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	CRP DE LA ADICIÓN:	28902	TIEMPO PRORROGA DO: 1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$	9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	CRP DE LA ADICIÓN:	32294	TIEMPO PRORROGA DO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$	28.566.270	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	CRP DE LA ADICIÓN:	36243	TIEMPO PRORROGA DO: 3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS							
¿FACTO 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)							
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 Area 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 capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
16	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
18	Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención 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 conciliación por parte de EPS-S-EAPB
20	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención
21	Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
22	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica
24	Instruir a la comunidad sobre la prevención 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 supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la Oficina de garantía 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 técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.
30	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades
31	Las demás asignadas por la supervisión 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:	80936871	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	9/10/2024	\$ 455.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/10/2024	\$ 582.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	9/10/2024	\$ 88.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.127.100

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 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 SMMMLV (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.	
VIL 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 DAVID SILVA PALMA: CC:1079935133 CEL:3187887182	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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: (31/10/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		RICARDO DAVID SILVA PALMA			CC:		1079935133
CORREO ELECTRÓNICO:		Ricardo0909@gmail.com			RUT (NIT):		N/A
DIRECCIÓN DOMICILIO:		DG 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 tomaré costos y deducciones					()		
SI tomaré costos y deducciones					(x)		
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							
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00163 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	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							0550488405682649
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1267 2024	Nº CDP:	2622	Nº RP:	36243	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 84.781.868	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)		\$ 9.098.886 NUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE					
<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. INFORMACIÓN 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:		\$ 84.781.868		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 9.098.886	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(1 de 10)		Nº CRP INICIAL:		13458	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DIEZ (10) MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			80936871		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACION:	Nº (5)	TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):	ADICION (5)	PRORROGA (5)			
VALOR ADICIONADO	\$ 10.650.634	CDP DE LA ADICION: 935	RP DE LA ADICION: 21177	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES			
VALOR ADICIONADO	\$ 8.252.478	CDP DE LA ADICION: 1260	RP DE LA ADICION: 24089	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES			
VALOR ADICIONADO	\$ 12.272.916	CDP DE LA ADICION: 1631	RP DE LA ADICION: 28902	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES 10 DIAS			
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICION: 2204	RP DE LA ADICION: 32294	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES			
VALOR ADICIONADO	\$ 28.566.270	CDP DE LA ADICION: 2622	RP DE LA ADICION: 36243	TIEMPO PRORROGADO: 3 MESES			
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICION:	RP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICION:	RP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICION:	RP 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		ACTO ADMINISTRATIVO DE					
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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS			
				NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESUALDO ENRIQUE RACHO VARGAS PERFIL: REFERENTE CLINICAS MEDICAS			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	1	09/10/2024	80936871	TOTAL A PAGAR \$1,127.100	

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora FSP	Valor Mora Colización	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900338004-7	552.400	0	0	0	0	1	500	0	552.900	0

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										
147	Seguros Bolívar S.A.	86002502-2	88700				68700		100	94800			937	94800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRT y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	455.000	455.400	
Pensión	1	582.400	582.900	
Riesgos Laborales	1	88.700	88.800	
OCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	1.126.100	1.127.100	