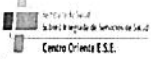


192

		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					
ANA ELIZABETH MOLINA SOSA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.116.914		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2878 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 13.119.324		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				1 UN MES Y 28 DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 82.736.382		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 6,771,264	
Nº DE INFORME:		Nº 10		Nº CRP:	
				36617	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		9 NUEVE MESES Y 10 DIAS		Nº CDP:	
				2598	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		4		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				4	
				PRORROGAS	
				4	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1030	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		CRP DE LA ADICIÓN:	
				22327	
VALOR ADICIONADO		\$ 24.648.752		CRP DE LA ADICIÓN:	
				25268	
VALOR ADICIONADO		\$ 25.924.126		CRP DE LA ADICIÓN:	
				29278	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				36671	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
1		Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente EN UNIDAD DIANA TURBAY 192 HORAS			
2		Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada			
3		Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiéndome las directrices institucionales			
4		Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido			
5		Informé 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	Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
7	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
8	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epícrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados
9	Diligencé en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi 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
10	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Garanticé 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
12	Reporté al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales
13	Participé 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

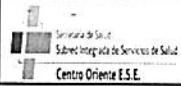
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	80905550	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/10/2024	\$ 340,300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/10/2024	\$ 435,600
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/10/2024	\$ 66,400
OTRO	CCF- COMPENSAR	10/10/2024	\$ 16,400
TOTAL PAGADO			\$ 858,700

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 ibe 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 cps, arl, pensión, rut)
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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

Ana E. Molina S.

ANA ELIZABETH MOLINA SOSA
CC:53116914
CEL:3114629328

		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: 31/10/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA		CC:	53116914	
CORREO ELECTRÓNICO:	elizamedic@gmail.com		RUT (NIT):	53116914	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 10 N° 30b - 21 sur		TELÉFONO:	3114629328	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
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					
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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4802008239
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2878 2024	Nº CDP:	2598	Nº. RP:	36671
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES Y 10 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	31/7/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 82,736,382
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	5 6.771.264				
SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					
<div>ANA E. MOLINA S.</div> <div>ANA ELIZABETH MOLINA SOSA</div> <div>C.C 53,116,914</div> <div>cel: 3114629328</div>					



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

ANA ELIZABETH MOLINA SOSA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

53.116.914

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No.

PS 2878 2024

FECHA INICIO CONTRATO

21/1/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

13.119.234

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

82.736.382

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

6.771.264

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

Nº 10

Nº CRP INICIAL:

14108

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

317

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

9 MESES Y 10 DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

80905550

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCION TECNICA URGENCIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 002 GRADO 09

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (4)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (4)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22327	TIEMPO	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25268	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 24.648.752	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29278	TIEMPO	2 MESES Y 11 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 25.924.126	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36671	TIEMPO	3 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	XX
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	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?	XX	
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?	XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	XX	
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?	XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	XX	

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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

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

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
DIRECTOR TECNICO URGENCIAS GRADO 09

CARLOS ALBERTO MARIN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53116914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA	DAG 38 SUR 1B-38	3142961220	lz0531@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1=Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	1	10/10/2024	80905550	\$458.700

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	860069942-7	338.800	0		0		0	7	1.700	0	340.300	1

TOTALES PENSION												
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	800336004-7	433.400	0	0	0	0	7	2.200	0	435.600	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	800903790-5	66.000				66.000	7	400	66.400			660	66.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860069942-7	18.300	7	100	18.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	338.800	340.300
Pensión	1	433.400	435.600
Riesgos Laborales	1	66.000	66.400
CCF	1	18.300	18.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	854.300	858.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	HOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCAL Y SALUD
CC	53118914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA	DAG 36 SUR 1B-38	3142961220	lzo531@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO ABOGADA (DIAMENSAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-08	2024-08	I	10/10/2024	80905550	\$858.700

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN MONEDAS												PENSION						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES								
No.	Tip	No. de identificación	Apellidos y Nombre	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Grupos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	CA4 AFP	RIC AFP	Colasado	Voluntario a Afilado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsidio	Fondo pensional de jubilación	CA4 EPS	RIC EPS	Colasado/ Valor UPC	CA4 ARL	RIC ARL	Colasado	Código CCF	RIC CCF	Aporte CCF	RIC otros parafiscales	Aporte SOHA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	53118914	MOLINA SOSA ANA ELIZABETH	38	F	VI												25-14	2.708.508	433.400	0	0	0	0	0	EP5008	2.708.508	336.800	14-11	2.708.508	3	66.200	CCF24	2.708.508	16.300	0	0	0	0

PAGADA