

9	Diligenció en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presentaron fallas del sistema, los formatos) , 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.
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Garantizó 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 .
12	El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.
13	Participó 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.
14	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
15	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
16	Prestó el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se generaron Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.
17	Notificó los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
18	Diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
19	Acredite mi inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF, Soportar de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, 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, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales.
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	31603941	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	09-12-2024	✓ 436.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09-12-2024	✓ 609.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09-12-2024	✓ 92.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			✓ 1.178.500

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (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.

VII. ANEXOS

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

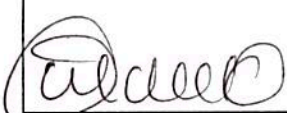
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

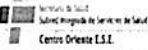


MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ

CC: 1065829493

CEL: 3135141117

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>		
DATOS DEL CONTRATISTA				
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)				
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ	CC: 1065829493		
		RUT (NIT): NA		
CORREO ELECTRÓNICO:	MLOV12@HOTMAIL.COM	TELÉFONO: 3135141117		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 5 # 55-19	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 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:	DAVIVIENDA			
NOMBRE DEL BANCO L BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LI	TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
	Nº CUENTA:	0550256500032683		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)				
Nº DEL CONTRATO:	PS 1142 2024	Nº CDP: 3757	Nº. RP: 45541	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE MESES Y DIEZ DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/1/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO
				\$ 117.192.241
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 9.416.289			
NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/C				
 MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ 1065829493 3135141117				

		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-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			MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.065.829.493			
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 SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1142 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/1/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.696.120					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 117.192.241		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.416.289,00		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	13373	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	146	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	31603941		OPERADOR:	ASOPAGOS		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANTHI PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			8	9
VALOR ADICIONADO	\$ 14.424.203	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21076	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 8.852.017	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	RP DE LA ADICIÓN:	23986	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 12.907.722	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28797	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32191	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 30.682.290	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36139	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.355.974	CDP DE LA ADICIÓN:	3224	RP DE LA ADICIÓN:	3224	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.355.974	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	RP DE LA ADICIÓN:	45541	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.395.851	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		XX		
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA		
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?				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 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: YANTHI PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032				

PS 1142

RAZÓN SOCIAL :	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1065829493
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-20
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	31603941
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31603941
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 3.809.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 476.200	\$ 476.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 3.809.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 609.500	\$ 609.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 3.809.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 92.800	\$ 92.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.178.500	\$ 1.178.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/01/2025
----------------------------------	------------