



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

MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ

NÚMERO DE 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		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	12.696.120	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	188.502.115	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.522.090	
Nº DE INFORME:	11		Nº CRP:	13373	Nº CDP: 146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	9
VALOR ADICIONADO	\$ 14.424.203	CDP DE LA ADICIÓN:	935	CRP DE LA ADICIÓN:	21076	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 8.852.017	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	CRP DE LA ADICIÓN:	23986	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 12.907.722	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	CRP DE LA ADICIÓN:	28797	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	CRP DE LA ADICIÓN:	32191	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 30.682.290	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	CRP DE LA ADICIÓN:	36139	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.355.974	CDP DE LA ADICIÓN:	3224	CRP DE LA ADICIÓN:	3224	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.355.974	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	CRP DE LA ADICIÓN:	45541	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	DD/MM/AAAA

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	Realizó las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles.
2	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Prestó 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	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Realizó los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
7	Realizó el seguimiento y control a pacientes en los que participó e impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8	Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
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.

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:	31278387	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/11/2024	476200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/11/2024	609500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/11/2024	92800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.178.500

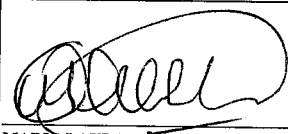
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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, 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


MARIA LAURA ONATE VASQUEZ
 CC: 1065829493
 CEL: 3135141117



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 - 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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ	CC:	1065829493
CORREO ELECTRÓNICO:	MLOV12@HOTMAIL.COM	RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 5 # 55-19	TELÉFONO:	3135141117
		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:	DAVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550256500032683
NOMBRE DEL BANCO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LI					

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 PROROGAS : ONCE (11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/1/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO \$ 188.502.115

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024

VALOR A PAGAR
CORRESPONDIENTE AL
PERIODO OBJETO DE COBRO
EN
(LETRASY NUMEROS)

\$ 9.522.090

NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVENTA PESOS

MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ

1065829493

3135141117

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

21/01/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

12.696.120

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

188.502.115

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 9.522.090,00

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

11

Nº CRP INICIAL:

13373

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

146

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

ONCE (11) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

31278387

OPERADOR:

ASOPAGOS

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

GESTION HOSPITALARIA

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

9

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

7

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:

43533

TIEMPO PRORROGADO:

TRES (3) MESES

VALOR ADICIONADO

\$ 11.355.974

CDP DE LA ADICIÓN:

3757

RP DE LA ADICIÓN:

45541

TIEMPO PRORROGADO:

DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

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?	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 01/11/2024) AL (30/11/2024)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ

CARGO:

DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

SAUL ARDILA DURAN

PERFIL:

MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032



RAZÓN SOCIAL :	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1065829493
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-25
FECHA DE PAGO:	2024-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31278387
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31278387
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

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/12/2024
----------------------------------	------------