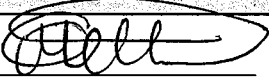


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.065.829.493			
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 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:	\$	89.084.442	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.522.090	
Nº DE INFORME:	10	Nº CRP:	13373	Nº CDP:	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HSC HOSPITAL SANTIAGUA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO	14.424.203	CDP DE LA ADICIÓN:	935	CRP DE LA ADICIÓN:	21076
					TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	8.852.017	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	CRP DE LA ADICIÓN:	23986
					TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	12.907.722	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	CRP DE LA ADICIÓN:	28797
					TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	CRP DE LA ADICIÓN:	32191
					TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	30.682.290	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	CRP DE LA ADICIÓN:	36139
					TIEMPO PRORROGA DO: TRES (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	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:		NA	
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	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de neurocirugía: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, 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.				
1	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.				
2	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				
3	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.				
4	Protegió los registros de su actividad profesional, procedimientos, intervenciones, que permitan mejorar la calidad de los servicios, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.				
5	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				
6	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	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la 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 la firma.				
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.				
11	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y 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	Reportó al Área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.			
13	El contratista veló por la seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.			
14	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.			
15	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.			
16	Participó en la programación de actividades del servicio.			
17	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.			
18	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.			
19	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			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	30967512	OPERADOR:	ASOPAGOS	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANTAS	9/10/2024	\$ 476.200	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/10/2024	\$ 809.500	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/10/2024	\$ 92.800	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.378.500	
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 calculó 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 se cop 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 ORATE VASQUEZ 1.065.829.493 3135141117 MLOV12@HOTMAIL.COM				



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: (DD/MM/AAAA)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ	CC:	1065829493
CORREO ELECTRÓNICO:	mloy12@hotmail.com	RUT (NIT):	1065829493-4
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 5 # 55 19	TELÉFONO:	3 1 3 5 1 4 1 1 1 7
		CIUDAD:	BOGOTA

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.

Régimen 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:	OTRO				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	DAVIVIENDA	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:	146	Nº. RP:	13373	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES
------------------	--------------	---------	-----	---------	-------	--

FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	20/03/2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 89,084,442
--------------------------	------------	-----------------------------------	------------	--

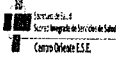
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024
--------------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 9,522,090
	NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVENTA PESOS

MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ

C.C 1065829493

CEL: 3 1 3 5 1 4 1 1 1 7

		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	
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:		\$ 89.084.442		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 9.522.090	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(10 del 10)		Nº CRP INICIAL: 13373	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 146	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DIEZ (10) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		30967512		OPERADOR: ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		5		5	
VALOR ADICIONADO		\$ 14.424.203		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 8.852.017		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 12.907.722		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 30.682.290		TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
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 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 (01/10/2024) 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 CODIGO 008 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			





270

RAZÓN SOCIAL :	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1065829493
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-22
FECHA DE PAGO:	2024-10-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30967512
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30967512
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:	25/11/2024
----------------------------------	------------

