Secretaría de Salud Subsecretaría de Aseguramiento 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

MISAEL HERNANDEZ FUENTES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.034.313.411				
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 1120 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 10.580.100	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 89.719.248	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 9.522.900**		
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	14158	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	2.962.428	**CDP DE LA ADICIÓN:**	864	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19188	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	15.870.150	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21059	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23967	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23967	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32171	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		NA

ITEM	**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	0
2	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.
3	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.
4	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
5	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.
6	Diligencio 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.
7	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
8	Realizó el seguimiento y control a pacientes en los que participó e impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
9	Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
10	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 auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
11	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
12	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.

13	Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.
15	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
16	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.
17	Participó en la programación de actividades del servicio.
18	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
19	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
20	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:	**30964830**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**9/10/2024**	**$ 476.200**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/10/2024**	**$ 612.200**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**9/10/2024**	**$ 92.800**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 1.181.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 período correspondiente

MISAEL HERNANDEZ FUENTES
1.034.313.411
3158912653
MISSAFUENTES1505@GMAIL.COM

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 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:	MISAEL HERNANDEZ FUENTES	**CC:**	1034313411
		RUT (NIT):	1034313411
CORREO ELECTRÓNICO:	missafeuntes1505@gmail.com	**TELÉFONO:**	3158912653
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 13 SUR 24 D 86 T 5 APTO 101	**CIUDAD:**	BOGOTA 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 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 DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**5050488410102690**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1120 2024**	**N° CDP:**	**146**	**N°. RP:**	**14158**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**20/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $92.893.278**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/09/2024 AL 30/09/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 9.522. 900**					
	NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS					

Misael Hernandez Fuentes

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1034313411
cel: 3158912653

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 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	**MISAEL HERNANDEZ FUENTES**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.034.313.411**				
I. INFORMACIÓN 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 1120 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.580.100				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 89.719.248	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 9.522.900**		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(10 de10)	**Nº CRP INICIAL:**	14158	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	30964830	**OPERADOR:**	ASOPAGOS		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				5	5
VALOR ADICIONADO	$ 2.962.428	**CDP DE LA ADICIÓN:**	864	**RP DE LA ADICIÓN:**	19188	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 15.870.150	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21059	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	23967	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	23967	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32171	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

IV. VERIFICACIÓN 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 **clausula "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 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA REFERENTE:** **SAUL ARDILA DURAN** **PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

270.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MISAEL HERNANDEZ FUENTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1034313411
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-09
FECHA DE PAGO:	2024-10-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30964830
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30964830
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 476.200	$ 478.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 609.500	$ 612.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 400	$ 92.800	$ 93.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 5.200	$ 1.178.500	$ 1.183.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/11/2024