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

ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.075.665.127				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1314 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**35.454.336**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**52.996.846**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**8.863.584**
Nº DE INFORME:	6	**Nº CRP:**	13501	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	5.170.424	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21210	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	12.372.086	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24120	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**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**	**X**
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	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determidos dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano de 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
2	Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada realizada 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	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
7	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos
8	Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados
9	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
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Utilizar 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 datos se ocasionen por negligencia o decuada manipulación de los mismos
12	Reportar 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 deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.
14	Apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
15	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB
16	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso atención paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
18	Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud
19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
20	Asistir a las jornadas dadas de capacitación, inducción,reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**31266284**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**9/10/2024**	**$ 162.800**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/10/2024**	**$ 208.300**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**9/10/2024**	**$ 31.800**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 402.900**

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 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

Carolina Rincon

ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO
1.075.665.127
3016384849
acrincon@fucsalud.edu.co

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO	**CC:**	1075665127
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	acrincon@fucsalud.edu.co	**TELÉFONO:**	3016384849
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 95 #71-45	**CIUDAD:**	BOGOTA

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	( )

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

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 ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**332-270634-97**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1314 2024**	**Nº CDP:**	146	**Nº. RP:**	**13501**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**$ 8.863.584**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 8.863.584**					
	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

Carolina Rincon A

ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO
1075665127
3016384849

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	ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.075.665.127

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1314 2024			FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 35.454.336				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.996.846			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 8.863.584
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:	13501	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	31266284	OPERADOR:	ASOPAGOS
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				2	2
VALOR ADICIONADO	$ 5.170.424	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21210	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 12.372.086	CDP DE LA ADICIÓN:	PS 1334 2024	RP DE LA ADICIÓN:	24120	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	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)
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
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 **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: PERFIL:

46C

Espacio para
Logo Corporativo

ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO
NIT 1.075.665.127-4
CARRERA 63 68 40
Tel: (601) 316384849
Bogotá - Colombia
andrecra28@gmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
No. FE 45

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484
Dirección	dg34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/10/2024, 15:14
Expedición	11/10/2024, 15:14
Vencimiento	11/10/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Servicios Profesionales De Pediatria	96.00	92,329.00	8,863,584.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Ocho millones ochocientos sesenta y tres mil quinientos ochenta y cuatro pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 8,863,584.00

Observaciones:

Total Bruto	8,863,584.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	8,863,584.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764081400964 aprobado en 20241011 prefijo FE desde el número 45 al 50 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: f4a9da0bb0b69405459b5ab26ed86814f08d4d1210756971baa2bd7a1ee12579aaab603175e6ba723dcd5971cc1155a7

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8 - Nombre Software: Siigo Nube - Firma electrónica: ver en el XML

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANDREA CAROLINA RINCON ALVARADO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1075665127
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-09
FECHA DE PAGO:	2024-10-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	31266284
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31266284
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	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 162.500	$ 162.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 208.000	$ 208.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 31.700	$ 31.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 700	$ 402.200	$ 402.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/11/2024