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	
MISAEL HERNANDEZ FUENTES	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.034.313.411

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 1120 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRA	**$ 10.580.100**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 193.829.862**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 9.522.090**
Nº DE INFORME:	11 DE 11	**Nº CRP:**	14158	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	9	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	8	**PRORROGAS**	9	
VALOR ADICIONADO	$ 2.962.428	**CDP DE LA ADICIÓN:**	834	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19188	**TIEMPO PRORROGADO:**	DIEZ (10) DIAS
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	$ 12.696.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28777	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32171	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 31.740.300	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36119	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.369.308	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3224	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43533	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.369.308	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45526	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
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:	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 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 Cirugía general: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías que requieren intervención quirúrgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, 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
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	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio
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	Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución 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	Emitó conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis 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 auditoria 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	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 .
13	como contratista respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
14	Apoye 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	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.

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:	**1046884669**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**13/11/2024**	**$ 478.600**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**13/11/2024**	**$ 612.600**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**13/11/2024**	**$ 93.300**
OTRO			
		TOTAL PAGADO	**$ 1.184.500**

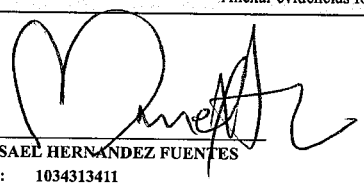
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 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
CC: 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 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:	MISAEL HERNANDEZ FUENTES	**CC:**	1034313411
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	misaelfuente1505@gmail.com	**TELÉFONO:**	3158912653
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 13 SUR NO 24 D 86	**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 (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488410102690**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1120 2024**	**N° CDP:**	**3757**	**N°. RP:**	**45526**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO**
						$ 193.829.862
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 M/C					

MISAEL HERNANDEZ FUENTES
CC 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
FECHA: 2024-09-16

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. 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 1120 2024			FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.580.100				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 193.829.862			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 9.522.090,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	Nº CRP INICIAL:	14158	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1046884669	OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				8	9
VALOR ADICIONADO	$ 2.962.428	CDP DE LA ADICIÓN:	834	RP DE LA ADICIÓN:	19188	TIEMPO PRORROGADO:	DIEZ (10) DIAS
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	$ 12.696.120	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28777	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32171	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 31.740.300	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36119	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.369.308	CDP DE LA ADICIÓN:	3224	RP DE LA ADICIÓN:	43533	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.369.308	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	RP DE LA ADICIÓN:	45526	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
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:	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 **clausula "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**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1034313411 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-10	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	7	609.500	3.100	612.600
Período salud:	2024-10	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	7	476.200	2.400	478.600
Planilla Nro.:	31275420 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	7	92.800	500	93.300
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	7	0	0	0
Fecha transacción:	2024-11-13	PASENA	899999034	SENA	0	7	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	7	0	0	0
Transacción:	1046884669	PAESAP	899999054	ESAP	0	7	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	7	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 1.184.500

PAGADO