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 CONTRATO	**$ 10.580.100**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	**$ 119.133.546**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 9.522.090,00**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP INICIAL:**	14158	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
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	$ 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	$ 5.501.652	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
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	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	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	Realizo 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, epicrisis 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 .
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:	37613693	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	09-12-2024	$ 477.800
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	09-12-2024	$ 611.600
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	09-12-2024	$ 93.200
OTRO			
		TOTAL PAGADO	$ 1.182.600

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: (31/12/2024)

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	**( )**
SI tomaré costos y deducciones	**(X)**

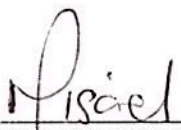
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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 MESES Y DIEZ DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO**
						$ 119.133.546
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
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

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**		**21/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.580.100				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 119.133.546		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 9.522.090,00**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP INICIAL:**	14158	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	316 613693		**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	$ 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	$ 5.501.652	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
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	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 PAR LEL 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: **SAUL ARDILA DURAN** **PERFIL:** **MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MISAEL HERNANDEZ FUENTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1034313411
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-09
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	31613693
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31613693
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	$ 1.600	$ 476.200	$ 477.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 609.500	$ 611.600
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 400	$ 92.800	$ 93.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 4.100	$ 1.178.500	$ 1.182.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2025