

 Ministerio de Salud 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						
DANIELA ALEJANDRA GOMEZ MAHECHA						
				CON C.C.N°	1.069.759.963	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS 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 1877 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
					1/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		4.232.040	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
					DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		4.232.040	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
					\$ 2.116.020	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:		4617
				Nº CDP:		1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				GUILLERMO RUBIO GUIZA		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		0
				ADICIONES		
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:
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 (SI APLICA)						
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
ITEM						
1 Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clinica y las guias y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente						
2 Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados ,asi como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos en un ambiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.						
3 Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED , su vision, misión, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios.						
4 Realizo las actividades asistenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido						
5 Informe al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion						
6 Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clinicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación.						
7 Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.						
8 Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente						
9 Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realice resúmenes de historia clínica, epícrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Ademas se diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido						
10 Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplieron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.						
11 La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los términos de la Resolución 1995/1999.						
12 Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.						
13 Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos.						
14 Se notifica al area encargada cuando hay algun suceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio.						
15 Participé 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 Participación activa en las actividades del servicio						
17 Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.						

18	Participación en actividades y jornadas programadas por la SUBRED
19	Se participa en 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 cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio
20	Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio
21	Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Notificar en la página de seguridad del paciente eventos de seguridad
23	Se diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
24	Participación en actividades académicas del servicio, así como las convocadas desde gestión del conocimiento
25	Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS
26	Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado.
27	Se informó oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones
28	Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones
29	Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
30	Se acreditó la inscripción
31	uso diario de carnet de identificación en la institución
32	Se cumplió la programación de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades también fueron gestionadas
33	Cuando aplica se participa en investigaciones

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478468494	OPERADOR:	APORTES EN LÍNEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	22-01-2025	163.200
PENSIÓN:	PROTECCION	22-01-2025	208.800
RIESGOS LABORALES:	COLPATRIA	22-01-2025	21.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			403.900 \$0

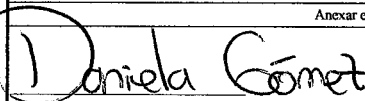
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 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 periodo correspondiente


DANIELA ALEJANDRA GOMEZ MAHECHA
CC: 1.069.759.963
CEL: 3125829922

		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: (31/01/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ MAHECHA		CC:	1069759963	
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELAGOMEZ2806@GMAIL.COM		RUT (NIT):	NA	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 77 19 35		TELÉFONO:	3125829922	
			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 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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	485900003032
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1877 2025	N° CDP:	1	N°. RP:	4617
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	28/02/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.116.020 DOS MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL VEINTE PESOS M/CTE				
 DANIELA ALEJANDRA GOMEZ MAHECHA 1069759963 3125829922					



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

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

DANIELA ALEJANDRA GOMEZ MAHECHA

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.069.759.963

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS 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 1877 2025

FECHA INICIO CONTRATO

1/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

4.232.040

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

4.232.040

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.116.020

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(1 de 1)

Nº CRP INICIAL:

4617

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO

DOS (2) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9479468444

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCION DE HOSPITALIZACION

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

GUILLERMO RUBIO GUIZA

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

0

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

0

0

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:

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:

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

Nº DE POLIZA:

NA

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

NA

FECHA DE LA POLIZA

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

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 (01/1/2025) AL (31/1/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
GUILLERMO RUBIO GUIZA
LIDER HOSPITAL SANTA CLARA

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069759963		GOMEZ MAHECHA DANIELA ALEJANDRA		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 77 numero 18 - 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8671712	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1210957067	9479468494	I	2025/01/16	2025/01/22	BANCO DAVIVIENDA	6	\$403,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$800	\$0	\$208,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$208,000	\$800	\$0	\$208,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$700	\$0	\$163,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$700	\$0	\$163,200	
TOTAL				1	\$402,200	\$1,700	\$0	\$403,900	