

		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					
MARIA MONICA RINCON LLAIN					
CON C.C.N°				1.020.828.229	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1883 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.310.488		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.310.488		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.539.224	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
				6476	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		Nº CDP:	
				1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			GUILLERMO RUBIO GUIZA		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		PRORROGAS	
				0	
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		DD/MM/AAAA		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 crítico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente				
2	Brindo una atención en salud oportuna, íntegra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.				
3	Preste servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.				
4	Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido				
5	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, 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 información				
6	Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas 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. Además se diligenció 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 área encargada cuando hay algún 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	Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participo en los análisis a los que fue convocado e implemento 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 medica así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAs		
26	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado.		
27	Se informo 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 cumplio oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.		
30	Se acredito la inscripción		
31	uso diario de carnet de identificación en la institución		
32	Se cumplio la programación de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades tambien fueron gestionadas		
33	Cuando aplica se participa en investigaciones		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9480734827-9481738806		
OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	14/02/2025	\$ 255.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/02/2025	\$ 327.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	14/02/2025	\$ 50.000
OTRO			\$ 633.300
TOTAL PAGADO			
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 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 secoop 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)			
Adjear evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
MARIA MONICA RINCON LLAINA			
CC: 1020828229			
CEL: 3164457894			



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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: (28/02/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA MONICA RINCON LLAIN			CC:	1020828229	
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIAMONICARLL@GMAIL.COM			RUT (NIT):	NA	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 53 104B 23			TELÉFONO:	3164457894	
				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:	488407227906
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 1883 2025	N° CDP:	1	N° RP:	6476	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		28/02/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.539.224					
DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE						
MARIA MONICA RINCON LLAIN 1020828229 3164457894						



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

MARIA MONICA RINCON LLAIN

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.020.828.229

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 1883 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

9.310.488

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 9.310.488

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2.539.224

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(02 de 02)

Nº CRP
INICIAL:

6476

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO

UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9480734827

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 - PRORROGA):

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:

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

Nº 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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1020828229		RINCON LLAIN MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 54 # 104 -26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2025-01	1266747693	9480734827	1	2025/02/10	2025/02/14	BANCO DAVIVIENDA	4	\$578,100	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$298,100	\$800	\$0	\$298,900	\$298,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$298,100	\$800	\$0	\$298,900	\$298,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,400	\$200	\$0	\$45,600	\$45,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$45,400	\$200	\$0	\$45,600	\$45,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$232,900	\$700	\$0	\$233,600	\$233,600
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$232,900	\$700	\$0	\$233,600	\$233,600
TOTAL				1	\$576,400	\$1,700	\$0	\$578,100	\$578,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 10708028229		RINCON LLAIN MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 54 # 104 -26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555		No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1277749916	9481738806	N	2025/02/10	2025/02/17	BANCO DAVIVIENDA	7	\$55,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$28,300	\$200	\$0	\$28,500
COL PENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$28,300	\$200	\$0	\$28,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$4,300	\$100	\$0	\$4,400
SEGUROS BOLIVAR		14-7	860,002,503	2	1	\$4,300	\$100	\$0	\$4,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$22,100	\$200	\$0	\$22,300
SANITAS		EP5005	800,251,440	6	1	\$22,100	\$200	\$0	\$22,300
TOTAL					1	\$54,700	\$500	\$0	\$55,200