

CUENTA DE COBRO No. 2/3 Contrato No. 650/2024 de 01 DE OCTUBRE DE 2024

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE
ALEJANDRIA - BOLIVAR**

DEBE A:

OSVALDO DARIO SIADO MOLINA identificado con cedula de ciudadanía No. **3.778.078** De Santa Catalina, La Suma de **TRES MILLONES TRECIENTOS VEINTI Y CINCO MIL PESOS (\$3.325.000)** Por Concepto de Prestación de Servicios Profesionales Como: **APOYO A LA GESTION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA COMO MÉDICO DE URGENCIAS** según contrato de Prestación de servicios profesionales No. 650/2024 de 01 DE OCTUBRE DE 2024, bajo la supervisión y vigilancia de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA, durante el periodo comprendido entre el (01) de noviembre al Treinta (30) de noviembre de 2024.

Con suma Cortesía,



OSVALDO DARIO SIADO MOLINA

No. **3.778.078**

Cuenta de Ahorros No. 4.163-02-00161-1 Banco Agrario de Colombia

Celular No.3002832274



Santa Catalina de Alejandría; a los (04) días del mes de diciembre de 2024.

Señor:

KATHERINE CORDOBA NIETO

SUPERVISORA (C) CONTRATO No. 650/2024 de 01 DE OCTUBRE DE 2024

Subgerente Científico

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA

Ciudad,

ASUNTO: Informe Mensual de Actividades Realizadas durante el Periodo: NOVIEMBRE DE 2024.

OSVALDO DARIO SIADO MOLINA identificado con cedula de ciudadanía No **3.778.078** De Santa catalina, en mi calidad de Contratista de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA; Bolívar, a continuación, presento el Informe de Actividades realizadas durante el período comprendido entre el uno (01) de noviembre al treinta (30) de 2024. En cumplimiento del Contrato de Prestación de servicio técnicos No. 650/2024 de 01 DE OCTUBRE DE 2024

OBJETO DEL CONTRATO: APOYO A LA GESTION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRÍA COMO MÉDICO DE URGENCIAS

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO:

- Realizar la atención médica de manera inmediata y humanizada en el área de urgencias de LA ESE a todos los pacientes que requieran dicho servicio, y soportar las atenciones con los documentos de ley necesarios para el cobro posterior a las diferentes EPS.
- Contribuir al libre flujo de información e implementación del Software Asistencial en el área de Urgencias de la ESE, con el propósito de facilitar el registro de las atenciones diarias de los pacientes.
- Registrar las atenciones médicas realizadas a los pacientes en el Software Asistencial que la ESE ha dispuesto para tal fin.
- Cumplir a cabalidad con el cronograma de turnos asignados para la atención en el área de urgencias de LA ESE.
- Diagnosticar y prescribir tratamientos médicos a los pacientes según la atención recibida y registrada en el Software Asistencial de la ESE.

Se expide y firma el presente informe en el municipio de Santa Catalina de Alejandría a los a los (04) días del mes de diciembre de 2024.



OSVALDO DARIO SIADO MOLINA

No. 3.778.078

Recibí a satisfacción:

Vo. Bo. Supervisor Contrato No. 650/2024 de 01 DE OCTUBRE DE 2024

KATHERINE CORDOBA NIETO Subgerente Científico

E.S.E. HLSC



FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA



Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:	2/3	Fecha:	30/11/2024			
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor total:	\$ 11,400,000.00	Valor Mensual:	3,325,000.00				
	Número:	650-2024	Fec. Suscripción:	1 DE OCTUBRE DE 2004	Fecha de iniciación:	1 DE OCTUBRE DE 2024		
	N° CDP:	427	Fecha:	1 DE OCTUBRE DE 2004	Fecha de terminación:	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
	N° RP:	419	Fecha:	1 DE OCTUBRE DE 2004	Duración:	3 Meses 2		
	Rubro Presupuestal:	2.1.2.02.02.009.1		Periodo a pagar:	NOVIEMBRE DE 2024			
	Requiere Informe:	SI: ☒ NO: ☐	Suspensión No.:	En tiempo: ☐				
Entregó Informe:	SI: ☒ NO: ☐	Prorroga: No.:	En tiempo: ☐					
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO A LA GESTION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA COMO MEDICO DE URGENCIAS							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA								
Nombre:	OSVALDO DARIO SIADO MOLINA							
Identificación:	Tipo de documento:	C.C.	X	Nit.	Número:	3,778,078	DV.	
Dirección:	BARRIO NUEVO PROGRESO							
Número de Teléfono:			FAX:	CEL:		3004198896		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	Banco:	Agrario de Colombia		
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:				
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:				
		IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro:				
		IVA Régimen Simplificado:						
		He verificado de esta información frente al RUT:	SI: ☐ NO: ☐					
INFORME DEL SUPERVISOR								
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: ☒ NO: ☐	# de folios:	5				
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: ☒ NO: ☐	Fecha:	30/11/24				
	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	SI: ☒ NO: ☐						
	Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural: OSVALDO DARIO SIADO MOLINA							
	Aportes a Salud		Aportes a ARL					
	Valor pagado \$	162,500	Periodo	NOVIEMBRE DE 2024				
	Comprobante de pago Número:	9990945776		Valor pagado \$	6,800			
	Fecha de pago:	04 DE DICIEMBRE DE 2024		Comprobante de pago Número:	9990945776			
	Fecha de pago:			Fecha de pago:	04 DE DICIEMBRE 2024			
	Pensionado:	SI: ☒ NO: ☐	Certificación:	SI: ☐ NO: ☒				
	Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:			SI: ☐ NO: ☒			
SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.							
Anexos:	Copia de aporte a pensión	SI: ☐ NO: ☒	Cuenta de Cobro	SI: ☒ NO: ☐				
	Copia de aporte a salud	SI: ☒ NO: ☐						
 OSVALDO DARIO SIADO MOLINA No. 3.778.078		 FIRMA SUPERVISOR NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE CORDOBA NIETO CARGO: SUBDIRECTOR CIENTIFICO						

