

CUENTA DE COBRO No. 1/3 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 **DOS MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS** (\$2.375.000) 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 octubre al Treinta y Uno (31) de octubre 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 (31) días del mes de octubre 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: OCTUBRE 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 octubre al treinta y uno (31) 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 PRESTARCION 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 (31) días del mes de octubre de 2024.



OSVALDO DARIO SIADO MOLINA
No. 3.778.078
Recibí a satisfacción:



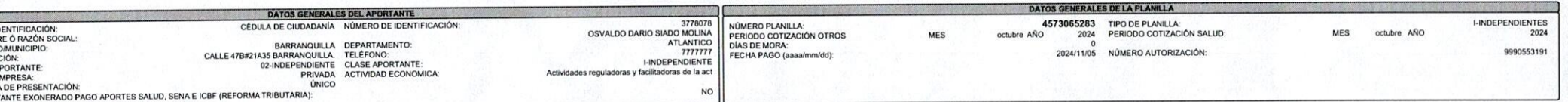
Vo. Bo. Supervisor Contrato No. 650/2024 de 01 DE OCTUBRE DE 2024
KATHERINE CORDOBA NIETO Subgerente Científico
E.S.E. HLSC



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:	1/3	Fecha:	31/07/2024			
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor total:	\$ 11,400,000.00		Valor Mensual:	2,375,000.00			
	Número:	650-2024	Fec. Suscripción:	1 DE OCTUBRE DE 2024	Fecha de iniciación:	1 DE OCTUBRE DE 2024		
	N° CDP:	566	Fecha:	1 DE OCTUBRE DE 2024	Fecha de terminación:	31 DE OCTUBRE DE 2024		
	N° RP:	578	Fecha:	1 DE OCTUBRE DE 2024	Duración:	3 Meses 1		
	Rubro Presupuestal:	2.1.2.02.02.009.1						
	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:	31/07/24			
	Se remitió al Grupo de contratación ó 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	OCTUBRE DE 2024	Valor pagado \$	6,800	Periodo	OCTUBRE DE 2024
	Comprobante de pago Número:	9990553191		Comprobante de pago Número:	9990553191			
	Fecha de pago:	05 DE NOVIEMBRE DE 2024		Fecha de pago:	05 DE NOVIEMBRE DE 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: SUBGERENTE CIENTIFICO						



TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500
													\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 6.800	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 6.800

[illegible]

TOTAL	\$ 169.300
--------------	-------------------