

		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-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LAURA PAOLA VALERO MORALES					
CON C.C.N°				1.018.456.418	
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 1872 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 15.517.480		PLAZO INICIAL	
				UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 25.533.308		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.539.224	
N° DE INFORME:		N°4		N° CRP:	
				6467	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ-LIDER HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 7.053.400	CDP DE LA ADICIÓN:	666	CRP DE LA ADICIÓN:	11229
					TIEMPO PRORROGA DO:
					UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.962.428	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
					TIEMPO PRORROGA DO:
					UN (1) MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
					TIEMPO PRORROGA DO:
					DOS (2) MESES
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)					
N° DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
ITEM	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)				
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 expertise 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	Presto 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 costo 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 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 área encargada cuando hay algún suceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio.				
15	Participo 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	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 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:	85768254	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/04/2025	\$ 178.900
PENSIÓN:	PORVENIR	11/04/2025	\$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/04/2025	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.700

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 SMM. (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT) 3.- Que, adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secomp 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	

Laura P. Valero

LAURA PAOLA VALERO MORALES
CC:1018456418
CEL:3227894426

Doneb C. [Signature]



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 - 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: (30/04/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA PAOLA VALERO MORALES			CC:	1018456418
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAPAOLA92@GMAIL.COM			RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 23D 75 55			TELÉFONO:	3227894426
				CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
					86979451964
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1872 2025	N° CDP:		N° RP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$25.533.308
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.539.224				
DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE					

Laura P. Valero
LAURA PAOLA VALERO MORALES
1018456418
3227894426

Daniela C. [Signature]



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				LAURA PAOLA VALERO MORALES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.018.456.418			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1872 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		15.517.480					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 25.533.308		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.539.224	
N° PAGO / N° DE INFORME:		(4 de 4)		N° CRP INICIAL:		6467	
PLAZO DEL CONTRATO		CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85768254		OPERADOR:		MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ-LIDER HOSPITAL JORGE ELIECER					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		2	
VALOR ADICIONADO		\$ 7.053.400		CDP DE LA ADICIÓN:		666	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.962.428		RP DE LA ADICIÓN:		11229	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:		UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:		UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:		DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:			
III. POLIZAS (SI APLICA)							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
N° 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025) AL (30/04/2025)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ LIDER HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
				YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

Daniela C. [Signature]

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD		NÚMERO PLANILLA
				EMPLEADOS	UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	TOTAL A PAGAR		
						\$442.700

TOTALES SALUD														
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad		Días More	Valor More Cotización	Valor More UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Santas EPS	800251440-6	178.000	0	0	0	0	0	0	7	900	0	178.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
1411	ARL SURA	800803790-5	34.700				34.700	7	200	34.900			347	34.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	7	0	0	0
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
0	7	0	0	0
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IPF y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.900
Pensión	1	227.600	228.900
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.300	442.700

Dando