

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.019.063.264

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 1885 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

15.517.480

PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO

UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$

50.713.946

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO
A CERTIFICAR:

\$ 9.098.886

Nº DE INFORME:

4

Nº CRP:

6478

Nº CDP:

1

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

3BL HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

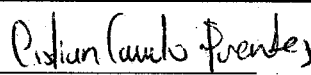
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 9.451.556	CDP DE LA ADICIÓN:	666	CRP DE LA ADICIÓN:	11.239	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.559.662	CDP DE LA ADICIÓN:	1.002	CRP DE LA ADICIÓN:	12.142	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 19.185.248	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	CRP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:	

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
4	Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	No diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.
7	Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8	Emito conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
9	Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10	Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
12	Reporto al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
13	Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.
14	Apoyo 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.
15	Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.
16	Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.

17	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.			
18	Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud			
19	Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades			
20	Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		7964022482	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SANITAS	10/04/2025	\$ 414.800
PENSIÓN:		PORVENIR	10/04/2025	\$ 530.900
RIESGOS LABORALES:		SURA	10/04/2025	\$ 80.900
OTRO:				
TOTAL PAGADO				\$ 1.026.600
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 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				
 CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO CC: 1.019.063.264 CEL: TEL 3045505828				

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6</div>
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO	CC: 1019063264
CORREO ELECTRÓNICO:	crfuentes@uan.edu.co	RUT (NIT): N/A
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 152A # 101A - 45	TELÉFONO: TEL 3045505828
		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		
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 DESPLIEGABLE)	CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS
		Nº CUENTA: 24094771240
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 1885 2025	Nº CDP: 1
		Nº RP: 6478
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:
2/01/2025		30/06/2025
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)	\$ 9.098.886	
NUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/C		
<div>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO</div> <div>1019063264</div> <div>TEL 3045505828</div>		



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 APOYO A LA GESTION

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

CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.019.063.264

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 1885 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

15.517.480

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

50.713.946

VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:

\$

9.098.886

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

4

Nº CRP INICIAL:

6478

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PROROGAS

CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

7964022482

SOI

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

GESTION HOSPITALARIA

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

3BL HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

Nº (3)

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION (3)

PRORROGA (3)

VALOR ADICIONADO

\$

9.451.556

CDP DE LA ADICIÓN:

666

RP DE LA ADICIÓN:

11.239

TIEMPO PRORROGADO:

UN (1) MES

VALOR ADICIONADO

\$

6.559.662

CDP DE LA ADICIÓN:

1.002

RP DE LA ADICIÓN:

12.142

TIEMPO PRORROGADO:

UN (1) MES

VALOR ADICIONADO

\$

19.185.248

CDP DE LA ADICIÓN:

-

RP DE LA ADICIÓN:

-

TIEMPO PRORROGADO:

DOS (2) MESES

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

X

Nº DE PÓLIZA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA

ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:

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 scoop 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 01/04/2025 AL 30/04/2025

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

CARGO: MEDICO GENERAL CODIGO 211 GRADO 31

NOMBRE Y FIRMA DE LA DIRECCION

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ

PERFIL: DIRECTORA TECNICA DE HOSPITALIZACION CODIGO 009 GRADO 05

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019063264
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN CAMILO FUENTES BRAVO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 111 #142 A-28	TELÉFONO:	6892577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7964022482		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1401146587	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 530.900
SUBTOTAL:			1	\$ 530.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 414.800
SUBTOTAL:			1	\$ 414.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 80.900
SUBTOTAL:			1	\$ 80.900

VALOR SIN MORA:	\$ 1.026.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.026.600