

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 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y HERNÁN DARÍO RUEDA RODRÍGUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.031.153.843		
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1492 2025	FECHA INICIO CONTRATO		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	11.849.712	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	37.477.065	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.713.254	
Nº DE INFORME:	Nº4		Nº CRP:	4620	Nº CDP: 1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	46G HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LÍDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRÓRROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 7.617.672	CDP DE LA ADICIÓN:	666	CRP DE LA ADICIÓN:	11246
VALOR ADICIONADO	\$ 6.065.924	CDP DE LA ADICIÓN:	1002	CRP DE LA ADICIÓN:	12149
VALOR ADICIONADO	\$ 11.943.757	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
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)					
ITEM					
1	Se ejecutaron 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, procuraron el mejoramiento de la salud del paciente				
2	Los pacientes asignados fueron atendidos oportuna e integralmente, individualizando el plan de manejo en términos de suficiencia y pertinencia de acuerdo con las necesidades individuales, cumpliendo con el principio de equidad inherente a las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención institucionales para cumplir con los estándares de habilitación y procurando alcanzar los definidos para la acreditación.				
3	Las actividades programadas se desarrollaron según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades donde fueron requeridos los servicios.				
4	Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, preguntando a los usuarios sobre su satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención.				
5	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 constituirán el insumo requerido en los procesos de costo y facturación.				
6	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.				
7	Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo.				
8	Se emitieron los conceptos médicos en las valoraciones, evoluciones, epícrisis y demás registros clínicos, de consultas asistenciales y administrativos requeridos para garantizar la prestación de los servicios.				
9	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 respaldada con su usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándose de lo registrado con firma, nombre y número de documento.				
10	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.				
11	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.				
12	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.				
13	La Subred no me ha encargado la custodia de equipos para el cumplimiento de mis actividades contractuales.				
14	Se participa en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio.				
15	Cuando lo requiere el líder del servicio 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 - SEAPB.				
16	Cuando se identifican sucesos de seguridad, se reportan en la plataforma institucional dispuesta para a este fin.				
17	Se reportaron los eventos de notificación obligatoria de manera oportuna durante el periodo certificado.				
18	(NO) Se desarrollaron actividades de docencia durante la revista médica para la formación del recurso humano en salud.				
19	Se educa a la comunidad, representada por el paciente y sus familiares, sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad.				
20	Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los que fui convocado.				
21	Se informó al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.				
22	Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones.				
23	Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad.				
24	Se acredita la inscripción a RETHUS y MIPRES al inicio del contrato.				
25	Se porta el carné de identificación institucional durante el desarrollo de las actividades asistenciales, de acuerdo con lo establecido según el área de servicio en cuanto a cumplimiento de medidas de bioseguridad.				
26	Se cumplió la programación de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato.				
27	No se desarrollaron actividades de investigación ni estudios específicos relacionados con mi especialidad.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº. DE PLANILLA:	1071893553		OPERADOR:	SIMPLE S.A.	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD:	FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	10/04/2025		\$	400.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/04/2025		\$	512.400
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	10/04/2025		\$	78.100
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 990.800	
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 ítem 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3. - Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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 <					

		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:	HERNÁN DARÍO RUEDA RODRÍGUEZ			CC:	1031153843
CORREO ELECTRÓNICO:	hrueda221@hotmail.com			RUT (NIT):	N/A
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 9 #191-48 Torre 3 Apto 702			TELÉFONO:	3102391989
				CIUDAD:	BOGOTÁ D.C
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
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 1892 2025	N° CDP:		N° RP:	
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES		
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$37.477.065
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)	\$ 5.713.254 CINCO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE				
 Hernán Darío Rueda Rodríguez NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C. 1031153843 CEL: 3102391989					

Daniela C. Ruiz



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			HERNÁN DARÍO RUEDA RODRÍGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.031.153.843		
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 1892 2025		FECHA INICIO CONTRATO	1/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 11.849.712		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.477.065		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.713.254	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(4 de 4)	Nº CRP INICIAL:	4620	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071893553		OPERADOR:	SIMPLE S.A.	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4FG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 7.617.672	CDP DE LA ADICIÓN:	666	RP DE LA ADICIÓN:	11246
VALOR ADICIONADO	\$ 6.065.924	CDP DE LA ADICIÓN:	1002	RP DE LA ADICIÓN:	12149
VALOR ADICIONADO	\$ 11.943.757	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
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 presente 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 (01/04/2025) 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 CARGO: LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ PERFIL: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			

Daniela C.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-10, 08:02:20 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	HERNÁN RUEDA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1031153843
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071893553
Tipo de Planilla	1
Número Transacción Bancaria/ CUS	1403292904
Banco	(1051)- BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 990.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 512.000	\$ 400
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 400.000	\$ 300
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 78.000	\$ 100
SubTotales:				\$ 990.000	\$ 800
Total a Pagar:					\$ 990.800

512.400
400.300
78.100

Daniela C. 