

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION
DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

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

FLORINA ALEJANDRA RINCON LLAIN

CON C.C Nº

1.004.945.261

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 1879 2025	FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	15.235.344	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	38.582.098	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$	7.829.274
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	6473	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES: ISC HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACION	ADICIONES	2	PRORROGAS	2
VALOR ADICIONADO	8.957.818	CDP DE LA ADICION:	666	CRP DE LA ADICION:	11235	TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	14.388.936	CDP DE LA ADICION:	1267	CRP DE LA ADICION:	15287	TIEMPO PRORROGA DO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGA DO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACION:	N/A

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)

ITEM	DESCRIPCION
1	Realizo valoracion de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definicion de conductas de acuerdo con la experiencia clinica y las guias y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos en un ambiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.
3	Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED, su vision, mision, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios.
4	Realizo las actividades asistenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido
5	Informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion
6	Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clinicas del sistema de Informacion Dinamica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institucion requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación.
7	Durante el proceso de atencion 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. Ademas 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 cumplimentaron 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 terminos 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 area encargada cuando hay algun suceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio.
15	Participé 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	Participacion activa en las actividades del servicio
17	Participo en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
18	Participacion en actividades y jornadas programadas por la SUBRED
19	Se participa en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio cuando esta actividad es requerida por el lider 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, participé en los análisis a los que fue convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio

22	Notificar en la pagina 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 medica 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 acredito 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:	9485948966	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	13/05/2025	\$ 402.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/05/2025	\$ 514.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/05/2025	\$ 78.400
OTRO			\$ 995.000
TOTAL PAGADO			

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.


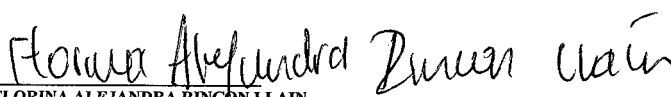
VII. ANEXOS

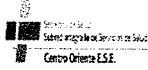
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Florina Alejandra Rincon Llain

FLORINA ALEJANDRA RINCON LLAIN
 CC:1004945261
 CEL:3165074245

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6		
DATOS DEL CONTRATISTA								
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)								
NOMBRES Y APELLIDOS:	FLORINA ALEJANDRA RINCON LLAIN				CC:	1004945261		
CORREO ELECTRÓNICO:	FLORINALLAIN1201@GMAIL.COM				RUT (NIT):	NA		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 53 104B 23				TELÉFONO:	3165074245		
					CIUDAD:	BOGOTA		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.								
NO tomaré costos y deducciones				()				
SI tomaré costos y deducciones				()				
<p>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 párrafo 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.</p>								
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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	31887245994	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)								
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)								
N° DEL CONTRATO:	PS 1879 2025	N° CDP:	1267	N° RP:	15287	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS		
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES \$38582098		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025							
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$						7.829.274	
SIETE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE								
								
FLORINA ALEJANDRA RINCON LLAIN 1004945261 3165074245								



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
FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA FLORINA ALEJANDRA RINCON LLAIN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.004.945.261

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 1879 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO 15.235.344

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 38.582.098 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 7.829.274

Nº PAGO / Nº DE INFORME: (5 de 5) **Nº CRP INICIAL:** 6473 **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** 1

PLAZO DEL CONTRATO CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 9485948966 **OPERADOR:** APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: DIRECCION DE HOSPITALIZACION

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				2	2
VALOR ADICIONADO	\$ 8.957.818	CDP DE LA ADICIÓN:	666	RP DE LA ADICIÓN:	11235	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	14.388.936	CDP DE LA ADICIÓN:	1267	RP DE LA ADICIÓN:	15287	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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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
Nº 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/05/2025) AL 31/05/2025)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 GUILLERMO RUBIO GUIZA
 LIDER HOSPITAL SANTA CLARA

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1004945261		RINCON LLAIN FLORINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 53 # 104b-23	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E	5555555		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Barco	Dias/Mora	Valor		
Pensión 2025-04	1476665105	Planilla 1	Limite 2025/05/15	Pago 2025/05/13	BANCOLOMBIA				
								\$995,000	

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)										
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$514,600	\$0	\$0	\$514,600		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)										
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$78,400	\$0	\$0	\$78,400		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)										
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$402,000	\$0	\$0	\$402,000		
TOTAL				1	\$995,000	\$0	\$0	\$995,000		