

		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 MARIA CAMILA CERCHIARO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.065.663.601		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1827 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 81.249.520		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 127.414.020		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 21.051.012	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
				6432	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		1	
VALOR ADICIONADO		\$ 46.164.500		PRORROGAS	
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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		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 actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
1					
Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, 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					
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, de conformidad a su especialidad, 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.		
19	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.		
20	Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.		
21	Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.		
22	Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones		
23	Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.		
24	Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.		
25	Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF		
26	Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9485924861		
OPERADOR:			
APORTES EN LINEA			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/05/2025	\$ 1.090.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	\$ 1.482.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	\$ 212.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.784.900
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			
CAMILA CERCHIARO MARIA CAMILA CERCHARO C.C: 1065663601 CEL: 3004579935			

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA CERCHIARO	CC: 1065663601
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILO.CERCHIARO@HOTMAILES	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14A 118 21	TELÉFONO: 3004579935
		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.		
Régimen 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 Nº CUENTA: 52392014489
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 1827 2025	Nº CDP: 1 Nº. RP: 6432 CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025 127.414.020
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 21.051.012	
	VEINTI UN MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DOCE PESOS M/CTE	
<div>CAMILA CERCHIARO</div> <div>MARIA CAMILA CERCHIARO</div> <div>1065663601</div> <div>3004579935</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-FI-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MARIA CAMILA CERCHARO									
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.065.663.601									
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1827 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	127.414.020		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$	21.051.012	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5 DE 5		Nº CRP INICIAL:	6432	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS							
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			9485924861		OPERADOR:		APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION HOSPITALIZACION						
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32						
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
Nº DE MODIFICACIÓN:		1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			1	PRORROGA 1		
VALOR ADICIONADO		\$ 46.164.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1267	RP DE LA ADICIÓN:	13514	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:		
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)									
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX			
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX			
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 (1/05/2025) AL (31/05/2025)									
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA CARGO:MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32						
			YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05						



Maria Camila Cerchiaro Mejia
NIT 94.040.600.013-5
11001
Tel: (601) 3004579935
Bogotá - Colombia
camila.cerchiaro@hotmail.es



Factura electrónica de venta
No. FV 24

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 0000000 - Ext. 000
Dirección	dg 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	13/05/2025, 10:44
Expedición	13/05/2025, 10:44
Vencimiento	13/05/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICOS PRESTADOS POR LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA MES DE MAYO 2025	228.00	21,051,012.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Veintion millones cincuenta y un mil doce pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación \$ 21,051,012.00

Observaciones:

Total Bruto	21,051,012.00
Total a Pagar	21,051,012.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764086964092 aprobado en 20250111 prefijo FV desde el número 20 al 1000 Vigencia: 6 Meses
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 8d997867b7d5836b8357972e7daa2d50da0801c89b6342b0d590fecdc6b6fd3345180f49aa6a0b7dbea2e4469144bf22

Fabricants Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.046.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065663601		CERCHIARO MEJIA MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 14A 118 21 SANTA BARBARA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1475582365	9485924861	I	2025/05/05	2025/05/12	BANCOLOMBIA	7	\$2,784,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	dv	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,475,600	\$6,800	\$0	\$1,482,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,475,600	\$6,800	\$0	\$1,482,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$211,500	\$1,000	\$0	\$212,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$211,500	\$1,000	\$0	\$212,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,085,000	\$5,000	\$0	\$1,090,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,085,000	\$5,000	\$0	\$1,090,000
TOTAL				1	\$2,772,100	\$12,800	\$0	\$2,784,900