Red Integrada de Atención en Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ				
		CON C.C Nº	**1.024.559.917**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3011 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**01/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**14.389.248**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**20.796.960**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**3.372.480**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**SEIS (6) MESES**			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA			

	II. 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	Realizar procedimientos de Terapia Respiratoria en hospitalización, urgencias, Sala ERA Y consulta externa procurando el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad 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	Prestar sus servicios asistenciales respetando autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
5	Realizar tratamiento, seguimiento a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes.
6	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
8	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las 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 auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
9	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de 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.
11	Participar 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.
12	Participar en la programación de actividades del servicio.
13	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
14	Apoyar a la entidad en las actividades que se demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
15	Participar 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.
16	Prestar 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.
17	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
18	Apoyar las actividades de docencia en el servicio u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.
19	Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
20	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
21	Facilitar 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.
22	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
23	Cumplir con el uso adecuado de los elementos de protección personal y aplicar las normas del manual de bioseguridad de la Subred.
24	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE IIA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

	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, <u>CERTIFICO</u>** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **(01/06/2025)** AL **(30/06/2025)**

Centro Oriente E.S.E	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: 7 FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ	CC:	1024559917
CORREO ELECTRÓNICO:	STIGAM95@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3005151199
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRANV 23 # 66 A SUR 12	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488400498660

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 3011 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL	$ 3.372.480		
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	$	20.796.960
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	$ 3.372.480				

STIVEN R. GAMBA

STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ
C.C: 1,024,559,917
Cel: 300 515 1199

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024559917		GAMBA RODRIGUEZ STIVEN REINALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 23 66 a 12 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005151199	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1546295391	9486294357	I	2025/06/06	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	5	$442,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				1	$440,500	$1,600	$0	$442,100

2025/06/11 09:46 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024559917		GAMBA RODRIGUEZ STIVEN REINALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 23 66 a 12 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005151199	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05	1546295391	9486294357	I	2025/06/06	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	5	$442,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**
1	CC 1024559917	GAMBA STIVEN	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**

2025/06/11 09:46 AM