Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de 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				
LAURA PATRICIA MILLAN HENAO				
		CON C.C Nº	1.032.418.336	
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 1902 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	2 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**11.079.480**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**58**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	16.515.780		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 5.355.082**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y (29) VEINTINUEVE DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA			

ITEM	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	Realizó 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, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles.
2	Brindó 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	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio
5	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
6	Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
8	Realizó el seguimiento y control a pacientes en los que participó e impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
9	Emitió conceptos medicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
10	Diligenció en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presentaron fallas del sistema, los formatos) , 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 firma y sello.
11	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
12	Garantizó 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 .
13	Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.
15	Participó 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	participó en la programación de actividades del servicio.
17	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
18	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
19	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
20	Prestó el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se generaron Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.
21	Notificó 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.
22	Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	Diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
24	Desarrolló 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, si aplica
25	Instruyó a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
26	Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
27	Informó al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 articulo 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 (01/06/2025) AL 30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9486992658		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**		11/06/2025		**$ 737.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**		11/06/2025		**$ 1.003.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**		11/06/2025		**$ 143.800**
OTRO					
TOTAL PAGADO					**$ 1.884.300**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps. arl. pension. 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.

VI. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**LAURA PATRICIA MILLAN HENAO** **1032418336**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud 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 VERS 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/06/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA PATRICIA MILLAN HENAO	**CC:**	1032418336
CORREO ELECTRÓNICO:	SMILE880707@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3204981529
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 146 75	**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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**550450600120643**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1902 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$**	**5.355.082**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/08/2025**	**16.815.780**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	**$**			**5.355.082**

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO
1032418336
3204981529

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO

NIT: 1032418336-2
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 11 146 75 AP 1201, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3204981529

Autorización facturación electrónica No. 18764094366460 válida desde 2025-06-13 hasta 2025-12-13 rango desde FEV99 hasta FEV100

Pertenezco al Régimen Simple de Tributación

	900959051
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
	Diagonal 34 Nº 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
	302329057
	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

	FEV99
	13/06/2025 11:41:04-05:00
	10/07/2025
	COP Colombia, Pesos
	Crédito
	Transferencia Crédito Bancario
	10/07/2025
	1

1	85121291 -9	SERVICIOS PROFESIONALES-MEDICO PEDIATRA Honorarios médico Pediatra, junio 2 025	94	58,00	$92.329,00				0,00	$5.355.082,00

	$5.355.082,00
	$0,00
	$0,00
	$5.355.082,00

	f6a091e80dc8bf133c1d057add4191b5c8b9905e7702f1ea7f79f6ea5b5138ec650d3ffcf241b5c7c7696351f56e10b7
	(cinco millones trescientos cincuenta y cinco mil ochenta y dos pesos)

Firma Digital: Om5m1RpiGuc4eTDJ4WhUHhqekWz+wLPYHsQ5fpCN2L2bPgbZdB94Iw3MTf7WgS9H
c2+Zu1phyGVyam+G8YqollytoihmLML3a8JaJvYWeTc/KMyrN0
U6sRZ6UoZt/clD 2a5vVSpwoTHk2FIKINSXbbDxksZ6netjKRyl0Gk7Q1Ho2HRlr1WzokCQm+KCT1OG PvuRFAUnysspEO2w/iCD5/C3Rzfialv96Nr
izcfV4izlpoSjhwuuSnTrS9NBctwe Rik6zHXvH37vixMft/bLc95RHw5Zkey5v/71kT0aNJFws3myzRGw5DdXXIB/9snu a43clY/axzUkMfhddVMI
XA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032418336		MILLAN HENAO LAURA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 # 146-75 apt 1201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1519804375	9486992658	I	2025/06/11	2025/06/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,884,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,003,000	$0	$0	$1,003,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,003,000	$0	$0	$1,003,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$143,800	$0	$0	$143,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$143,800	$0	$0	$143,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$737,500	$0	$0	$737,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$737,500	$0	$0	$737,500
TOTAL				1	$1,884,300	$0	$0	$1,884,300