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

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

	CON C.C Nº	1.049.612.354	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 4345 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	01 DE MAYO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**52.210.000**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**81**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	14.246.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 9.315.000**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
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 atencion, 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, cumplio 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	Emitó conceptos médicos 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	Garantizo 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	Participo 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 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 (01/06/2025) AL 30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	87389094		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	**ALIANSALUD EPS**		13/06/2025		$ 487.500
PENSIÓN:	**PORVENIR**		13/06/2025		$ 624.000
RIESGOS LABORALES:	**SURA**		13/06/2025		$ 95.100
OTRO					
TOTAL PAGADO					$ 1.206.600

V. 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 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 fotograficas y/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO** 1049622354
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:	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO	**CC:**	1049612354
CORREO ELECTRÓNICO:	adrymedina1105@gmail.com	**TELÉFONO:**	3127212124
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 137 No. 12 b 70	**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**	**N° CUENTA:**	**550450700074948**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4345 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$**	**9.315.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/08/2025**	**14.260.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	**$**			**9.315.000**

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
1049612354
3127212124

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

NIT: 1049612354-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 2 35 A 39 BRR LA PRADERA, Tunja, Boyacá, Colombia
Tel. 3127212124

Autorización facturación electrónica No. 18764068658079 válida desde 2024-04-09 hasta 2026-04-09 rango desde FE201 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
	900959051
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
	3444484
	contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
	FE225
	13/06/2025 15:05:28-05:00
	COP Colombia, Pesos
	Contado
	Transferencia Débito Bancaria
	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos NOM.	Impuestos % o VAL	Impuestos MONTO	Dcto.	Total
1	85120000 -6	ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA	WSD	81,00	$115.000,00				0,00	$9.315.000,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe		
					$9.315.000,00
					$0,00
					$0,00
					$9.315.000,00

	402efa35ed310d8b27ed2a50ff9fbfab343e990f4b449d3c57f25026ee913953c53c3d4786082484a358bfc5bffbe94c
	(nueve millones trescientos quince mil pesos)

Firma Digital: VhlqEJ88vl6fGha7iuHAi9HMC77eA41MjL0wn8CahugnmZsxJYuw80L/+Ufcwy0/
PWQzSL4KuwMj0vPEA8RmW43aqEdN15+oHZ75l/O91Gcw71+QLC
D9Mcg/zXc5Z6AH /xCrC7vBSmhtHt2TS1GLiYh+ch3wHXlUDhzD0LNYFiZ9I6Pq+lfTFVl5wQZ110gb dvB7wDh2Abf4B11IQVtB+c3THz+vpmA1eFm
jRkRZ/xMmHLqUWuF5PnbNlwekoyNR khpUUN6CRllqCFowS0PtpH/vQxgDfoo+dzyjfhaA0MAuOG/16Blj4xA9yMYzLagO hfTK06Pt4+sFoLuLlhEl
MQ==

Esta factura es un titulo 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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049612354	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO	carrera 15 # 136 26	4786980	ladri_100@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	13/06/2025	87389094	$1.206.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	487.500	0		0		0	0	0	0	487.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	95.100				95.100	0	0	95.100			951	95.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	487.500	487.500
Pensión	1	624.000	624.000
Riesgos Laborales	1	95.100	95.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.206.600	1.206.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información