

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN 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			
KELY DAYANNE MAHETE PINILLA			
CON C.C.Nº		1.022.412.795	
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 2110 2025	FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	13.542.528	No. HORAS EJECUTADAS	96
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	37.876.758	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.385.632,00
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES VEINTIOCHO (28) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ - MEDICO ESPECIALISTA GRADO 213 GRADO 32		
ITEM	II. LAS 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)		
1	1. Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.		
2	2. Brinde una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada		
3	3. Preste mis 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	4. Realice las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido		
5	5. Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.		
6	6. Lleve 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	7. Respete 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.		
8	8. Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados		
9	9. Emiti conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.		
10	10. Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de 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 auditoría y demás directrices		
11	11. Garantice la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.		
12	12. Garantice 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		
13	13. Reporte al área de recursos físicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.		
14	14. Participe 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		
15	15. Participe en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.		
16	16. Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio		
17	17. Apoye a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		
18	18. Participe 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.		
19	19. Preste 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		
20	20. Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención.		
21	21. Realice consulta, valoración, revaloración y clasificación triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		
22	22. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.		
23	23. Desarrolle 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.		
24	24. Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.		
25	25. Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.		
26	26. Facilite las labores de supervisión que la subred, realice en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros		
27	27. Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.		
28	28. Acredite el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor		
29	29. Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas		
30	30. Cumpli con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades.		
31	31. Las demás asignadas por la supervisión del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato		
32	32. Asisti y participé en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.		
33	33. Envié el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades		
34	34. Gestione la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios		
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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)

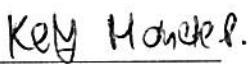
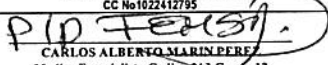
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	86684935	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	20/05/2025	\$ 250.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	20/05/2025	\$ 320.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	20/05/2025	\$ 43.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 613.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ibe 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a cps, 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 actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 KELY DAYANNE MAHETE PINILLA CC No1022412795
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ Medico Especialista Codigo 214 Grado 12
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 005 GRADO 05

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:	KELLY DAYANNE MAHETE PINILLA	CC:	1022412795
CORREO ELECTRÓNICO:	kelymahete@hotmail.com	TELÉFONO:	3193629296
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 12 A No. 71 c 60 t. 4 apto. 716	CIUDAD:	BOGOTA

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:	AHORRO	Nº CUENTA:	550488433804348
--------------------------	------------	-----------------	--------	------------	-----------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 2110 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL	\$	3.385.632
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	39714948

PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/06/2025 AL 30/06/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	\$	3.385.632
---	----	-----------

key dayanne p.

KELY DAYANNE MAHETE PINILLA
C.C. 1022412795
Cel: 3193629296

TOTALES POR SUBSISTEMAS**TOTALES PENSION****TOTALES PUESTOS LABORALES****TOTALES CAJAS**

U.S.

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAJO ABOGADA (BOGABERANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAJO (BOGABERANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					IMPUESTOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	1	2006/2025	86684935	\$618.800	

[illegible]