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				
IRUNU PATRICIA GARCIA CUBILLAN				
		CON C.C N°	700.271.600	
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 2112 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**25.392.240**	**No. HORAS EJECUTADAS**	180	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**36.183.942**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 6.348.060,00**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES VEINTIOCHO (28) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ - MEDICO ESPECIALISTA GRADO 213 GRADO 32		

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 especificas realizadas durante el mes)
1	1. Realizo las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	2. Brindo una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada
3	3. Presto sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	4. Realizo las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	5. Informo al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
6	6. Llevo registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	7. Respeto los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion.
8	8. Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
9	9. Emito conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	10. Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de
11	11.Garantizo la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
12	12. Garantizo la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos
13	13. Reporto al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	14. Participo activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad
15	15. Participo en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	16. Participo en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
17	17. Apoyo a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	18. Participo en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
19	19.Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb
20	20. Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.
21	21.Realizo consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
22	22. Reporto los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	23. Desarrollo actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica.
24	24. Instruyo a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
25	25. Informo al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	26.Facilito las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
27	27. Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
28	28. Acredito 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. Apoyo en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
30	30. Cumplo con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
31	31. las demas asignadas por la supervision del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
32	32.Asisto y participo en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
33	33. Envio el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
34	34. Gestiono la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

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:	9487423891	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	12/06/2025	$ 338.600
PENSIÓN:	PORVENIR	12/06/2025	$ 433.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/06/2025	$ 66.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 838.000

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 actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**IRUMU PATRICIA GARCIA CUBILLAN** **CC No. 700271600**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **Medico Especialista Codigo 213 Grado 12**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

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
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/06/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRUNU PATRICIA GAARCIA CUBILLAN	**CC:**	700271600
CORREO ELECTRÓNICO:	IRUNU28@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3054549999
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 19 no. 5 - 30	**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.

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:	**banco bogota**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORRO***	**N° CUENTA:**	***47604129***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 2112 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$ 6.348.060**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025**		

IRUNU PATRICIA GARCIA CUBILLAN
C.C. 700271600
Cel: 3054549999

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exoneración SENA e ICBF
[illegible]		[illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	[illegible]	BOGOTA BOGOTA D.C.	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	[illegible]	[illegible]	I	2025-06-12	2025-06-12	BANCO DE BOGOTA	0	$838,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Pensión Principal (1 Afiliados)					$2,708,505	$433,400			$2,708,505	$338,600			$0	$0			$2,708,505	$66,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,708,505	$433,400			$2,708,505	$338,600			$0	$0			$2,708,505	$66,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Sede: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$2,708,505	$433,400			$2,708,505	$338,600			$0	$0			$2,708,505	$66,000		$0	$0
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total Afiliados(1)					$2,708,505	$433,400			$2,708,505	$338,600			$0	$0			$2,708,505	$66,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exoneración SENA e ICBF
[illegible]		[illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	[illegible]	BOGOTA BOGOTA D.C.	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	[illegible]	[illegible]	I	2025-06-12	2025-06-12	BANCO DE BOGOTA	0	$838,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$433,400	$0	$0	$433,400
PORVENIR	230301	900,224,808	8	1	$433,400	$0	$0	$433,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,000	$0	$0	$66,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$66,000	$0	$0	$66,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$338,600	$0	$0	$338,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$338,600	$0	$0	$338,600
TOTAL				**1**	**$838,000**	**$0**	**$0**	**$838,000**