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			
MARIA CAMILA BALLEN CASTELLANOS			
CON C.C N°	1.015.434.752		
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 1582 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	25.392.240	No. HORAS EJECUTADAS	240
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	44.671.353	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 8.464.080
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (07) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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	Se realiza apoyo a servicio de urgencia en hospital Santa Clara, Victoria y las unidades de la subred Centro Oriente ESE
2	Durante la consulta segun sea la patología con la que cursa se dan signos de alarma y recomendaciones médicas. A todo paciente se da Psicoeducación para mayor adherencia a tratamiento, explicando importancia y mecanismo de acción, adicional se fomenta acudir a citas control, toma de paraclínicos, y en aspectos como habitos saludables e higiene de sueño.
3	Apoyo asistencial.
4	Durante consulta o valoraciones se permite ingreso a familiares o acompañantes, se brinda Psicoeducación para el cuidador.
5	Se realiza historia clínica completa con diagnosticos, se realiza conciliación medicamentosa y se genera ordenes medicas junto con recomendaciones y signos de alarma,
6	Se asegura la privacidad en consultorio.
7	Se programaran los seguimiento a los ptes para el sigueinte mes debido a que por la normatividad solo se puede consultar a los ptes una vez x mes.
8	No ha presentado fallas el sistema.
9	No se realiza acceso a la historia mas que en el momento de la consulta, se establece relación medico paciente- Solo si el paciente esta de acuerdo o es menor de 14 años se da egreso a acompañante.
10	Se reinicia el equipo antes de iniciar consulta y posterior a terminarla se apaga para no sobrecargar.
11	los equipos en los cuales se trabajn estan a nombre del supervisor del convenio por lo que no se reporta el area.
12	A la fecha no se han recibido PQR por contestar, sin embargo se estara disponible en caso que se requiera.

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:	7975013639	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/06/2025	$ 400.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/06/2025	$ 512.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/06/2025	$ 78.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 990.000

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**MARIA CAMILA BALLEN CASTELLANOS** **CC No.1015434752**
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:	**GUILLERMO RUBIO GUIZA** **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
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA CAMILA BALLEN CASTELLANOS**	**CC:**	1.015.434.752
CORREO ELECTRÓNICO:	MCAMILA.BALLENC@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3185714663
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 55 NO 7 - 28 APTO 607 EDIFICO OPEN	**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

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el				SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORRROS**	**Nº CUENTA:**	**473870188124**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1582 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$**		**8.464.080**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN**	31/08/2025	**$**	**44.671.353**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	**$**				**8.464.080**

MARIA CAMILA BALLEN CASTELLANOS
1015434752
3185714663

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015434752
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA BALLEN CASTELLANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 65 N 67 R 64	TELÉFONO:	2407271
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7975013639**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1549029493

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 512.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 512.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 400.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 400.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 78.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 78.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 990.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 990.000**