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				
ANGIE LORENA PARRA GIL				
		CON C.C Nº	**1.012.466.868**	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2055 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**02/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 38.088.360**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 50.572.878**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 6.982.866**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**5 MESES;28 DIAS**			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **MÉDICO ESPECIALISTA CODIGO 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	Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	Brinde una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada
3	Preste 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	Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informe 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	Lleve 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	Respete 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	Realice 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	Emiti conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	Diligencie 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 auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
12	Garantice 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	Reporte al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	Participe 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	Participe en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	Participe en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
17	Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	Participe 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	Preste 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	Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.
21	Realice 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	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	desarrolle 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	Instrui a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
25	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	Facilite 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	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.

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	Apoye en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
30	Cumpli 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	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	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
33	Envie el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
34	Gestione 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 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:	7971601455	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	13/06/2025	$ 317.500
PENSIÓN:	PORVENIR	13/06/2025	$ 406.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/06/2025	$ 61.900
OTRO	N/A		$ 0
TOTAL PAGADO			$ 785.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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	Lorena Parra **ANGIE LORENA PARRA GIL** **C.C 1.012.466.868**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	P/P FEHS **CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **MÉDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	FEHS **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 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:	ANGIE LORENA PARRA GIL	CC:	1.012.466.868
		RUT:	14984118316
CORREO ELECTRÓNICO:	lore.naparra1999@gmail.com	TELÉFONO:	3202883894
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 88J # 78 13	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

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 0	NO X

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	720253592

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 2055 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 6.982.866
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

lorena Parra

ANGIE LORENA PARRA GIL
CEDULA: 1.012.466.868
CELULAR: 3202883894

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Itaú

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012466868
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE LORENA PARRA GIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR88J#78-13	TELÉFONO:	7434362
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7971601455**	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):	2025/06/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1550898694	

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 406.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 406.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 317.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 317.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 61.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 61.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 785.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 785.700**