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 GAMEZ BARRIOS

CON C.C Nº	**1.105.682.062**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5475 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**16/05/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$.16.176.366**		**No. HORAS EJECUTADAS**	**102**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 20.650.680**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 9.751.710**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**1 MESES;14 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**3BL HOSPITAL SAN BLAS**			
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 específicas 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 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 facturacion
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 san 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, 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	Participe 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	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
27	Acredite el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contralo, requisito indispensable para generar cada pago a su favor
28	Apoye en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
29	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.
30	Las demas asignadas por la supervision del contrato.
31	Coordine el area de urgencias de manera integral y cientifica
32	Pude, desde lo asistencial, diagnosticar, tratar, y segun la patologia ya sea medica, quirurgica, traumatica, obstetrica, tanto en adultos como en pacientes pediatricos, definir conductas en los servicios de urgencias
33	Realice cualquier procedimiento inherente a su especialidad y monitorizar a su paciente en la sala de urgencias.

34	Cree, estructurar y plancar el desarrollo de una unidad de urgencias, teniendo en cuenta el marco legal vigente y los requerimientos tecnicos y tecnologicos necesarios para el adecuado funcionamiento de esta, asi como dirigir el desarrollo de guias de manejo, sistemas de alerta, y planes internos y externos para la atencion de emergencias y desastres.
35	Cumpli y hacer cumplir los lineamientos implementados desde la direccion de urgencias. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
36	Envie el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
37	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 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:	**NUEVO**	**OPERADOR:**	**NUEVO**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**NUEVO**	**NUEVO**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**NUEVO**	**NUEVO**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**NUEVO**	**NUEVO**
OTRO	**NUEVO**		**NUEVO**
TOTAL PAGADO			**NUEVO**

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	**MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS** **C.C 1.105.682.062**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**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:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05**

Secretaría Integrada 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 GAMEZ BARRIOS	CC:	1.105.682.062
		RUT:	1.105.682.062
CORREO ELECTRÓNICO:	cami27_91@hotmail.com	TELÉFONO:	3104238534
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 22 D # 72 - 38 TORRE 3 APT 804	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
NO tomaré costos y deducciones	
SI tomaré costos y deducciones	X

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:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102661238

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5475 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 9.751.710
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS
CEDULA: 1.105.682.062
CELULAR: 3104238534

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS BARRIOS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.105.682.062 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 102661238, abierta/o desde el 5/8/2015.

Se expide en Bogotá el día 14 del mes de Junio del año 2025

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Maria Camila Gamez Barrios, identificado(a) con CC número 1105682062, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1105682062
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Camila Gamez Barrios
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/05/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	167 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1105682062 MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS Desde 01/04/2025 - Vigente N.I.T. 800149384 CLINICA COLSANITAS S A Desde 17/12/2024 - Vigente N.I.T. 860090566 CENTRO DE IMAGENES DEL OCCIDENTE -CIMO Desde 19/02/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1105682062 MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS Desde 01/02/2025 Hasta 31/03/2025N.I.T. 860051853 FUND UNIV DE CIENCIAS DE LA SALUD Desde 01/09/2022 Hasta 28/02/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1105682062 MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS Desde 01/04/2024 Hasta 31/01/2025

Generado por interfaces

14/06/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.105.682.062,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 03
FECHA: 2023-03-17

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE — SURA
NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION — SURA
NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA	1105682062
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

MARIA	CAMILA	GAMEZ	BARRIOS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

24/05/1991	Bogota	Calle 22 d No 72-38 Edificio Jardin
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

SANITAS	PORVENIR	$ 8.910.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS	cami27_91@hotmail.com	3104238534
Perfil/ Profesión	Correo Electrónico	Celular

María Camila Gámez Barrios
Firma del Afliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que N/A, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.105.682.062 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 102661238, abierta/o desde el 5/8/2015.

Se expide en Bogotá el día 7 del mes de Noviembre del año 2024

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155537901

(415)7707212489984(8020) 000014115553790 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 5 6 8 2 0 6 2	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 5 6 8 2 0 6 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAMEZ	BARRIOS	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 22 D 72 38

42. Correo electrónico: cami27_91@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 9 3 1	3 1 0 4 2 3 8 5 3 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 0 1 1 0	0 0 9 0	2 0 1 4 0 7 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5																									

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GAMEZ BARRIOS MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 14-06-2025 06:27:22PM