

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS			CC:	1105682062	
CORREO ELECTRÓNICO:	cami27_91@hotmail.com			TELÉFONO:	3104238534	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22D 72 38			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102661238	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5475 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 10.325.340					



MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS
PS_5475_2025_EC5B2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS
CC: 1105682062
CEL: 3104238534

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS

CON C.C N°

1.105.682.062

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	2025/05/15
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 16.176.366	No. HORAS EJECUTADAS	108
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 59.083.890	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.325.340
--	---------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
------------------------	----------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
2	Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.
3	Colabore activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.
4	Participe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.
5	Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.
6	Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirigió unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
7	Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional.
8	Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas
9	Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.
10	Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1074918670	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/20	\$ 812.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/20	\$ 1.105.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/20	\$ 158.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.075.900
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 ningún 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.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		<div><div>MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS PS_5475_2025_EC5B2F</div></div> <div>MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS</div> <div>CC: 1105682062</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div><div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_5475_2025_EC5B2F</div></div> <div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	



Razón Social	MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS		
Documento	CC1105682062	Dirección	CR 72B #22 A - 90 TORRE 1 APT 120 3
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3212025355
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1105682062	MARIA CAMILA GAMEZ BARRIOS	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 6.500.000	\$ 1.105.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 6.500.000	\$ 812.500	2,436	\$ 6.500.000	\$ 158.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.075.900

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 6.500.000	\$ 6.500.000	\$ 6.500.000	\$ 0	\$ 1.105.000	\$ 812.500	\$ 158.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.075.900	\$ 6.900	\$ 2.082.800

