

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL			CC:	1010217927	
CORREO ELECTRÓNICO:	scastro927@uan.edu.co			TELÉFONO:	3163740885	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6F 1A 24			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	23760966274	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2065 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	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	\$ 8.040.876					



SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL
PS_2065_2025_EFE105

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL
CC: 1010217927
CEL: 3163740885

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL

CON C.C N°1.010.217.927

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 2065 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$38.088.360	No. HORAS EJECUTADAS	228
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$74.272.302	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$8.040.876
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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	11. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS.
2	19. PRESTAR 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.
3	27. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD.
4	1. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE.
5	2. BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTANDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA.
6	3. PRESTAR 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.
7	4. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO.
8	7. RESPETAR 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
9	8. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS.
10	9. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS.
11	5. INFORMAR 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.
12	6. LLEVAR 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
13	10. DILIGENCIAR 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.
14	24. INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD.25. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.
15	30. CUMPLIR 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.

16	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.
17	33. ENVIAR EL PORCENTAJE DE OCUPACION DIARIAMENTE EN CADA ENTREGA DE ACTIVIDADES34. GESTIONAR LA LIBERACION DE CAMILLAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS TANTO DE APH COMO DE TRASLADOS SECUNDARIOS
18	12. GARANTIZAR 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.
19	14. PARTICIPAR 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.
20	18. PARTICIPAR 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.
21	23. DESARROLLAR 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.
22	32. ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD
23	17. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.
24	28. ACREDITAR 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.
25	29. APOYAR EN LA PARTE TECNICA LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE LOS CONTRATOS CUANDO ESTAS SEAN ASIGNADAS
26	13. REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES.
27	15. PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DEL SERVICIO, JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
28	16. PARTICIPAR EN LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO
29	20. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION.
30	21. PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO
31	22. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
32	25. REALIZAR CONSULTA, VALORACION, REVALORACION Y CLASIFICACION TRIAGE DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
33	26. FACILITAR 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.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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, CERTIFICO** 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° 9489981896	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/08/04	\$ 476.108
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/04	\$ 609.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/04	\$ 92.800

OTRO			
TOTAL PAGADO		\$ 1.178.408	
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.			
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>SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL PS_2065_2025_EFE105</div><hr/>SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL CC: 1010217927</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div><div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_2065_2025_EFE105</div><hr/>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1010217927		CASTRO SABOGAL SULMA CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 F # 1A-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132909887	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1727219848		9490822976	N	2025/08/08	2025/08/26	BANCOLOMBIA	\$200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$36	\$0			\$36	\$100			\$0	\$0			\$36	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$36	\$0			\$36	\$100			\$0	\$0			\$36	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$36	\$0			\$36	\$100			\$0	\$0			\$36	\$0		\$0	\$0	
1	CC 1010217927	CASTRO SULMA	230301	30	(\$3,808,800)	(\$609,500)	EP5C34	30	(\$3,808,800)	(\$476,100)		0	\$0	\$0	14-11	30	(\$3,808,800)	(\$92,800)	0	\$0	\$0	
2	CC 1010217927	CASTRO SULMA	230301	30	\$3,808,836	\$609,500	EP5C34	30	\$3,808,836	\$476,200		0	\$0	\$0	14-11	30	\$3,808,836	\$92,800	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$36	\$0			\$36	\$100			\$0	\$0			\$36	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010217927		CASTRO SABOGAL SULMA CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 F # 1A-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132909887	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1727219848	9490822976	N	2025/08/08	2025/08/26	BANCOLOMBIA	18	\$200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$100	\$100	\$0	\$200	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$100	\$100	\$0	\$200	
TOTAL				1	\$100	\$100	\$0	\$200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1010217927		CASTRO SABOGAL SULMA CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 F # 1A-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132909887	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1676479906	9489981896	I	2025/08/08	2025/08/04	BANCOLOMBIA	0	\$1,178,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,808,800	\$609,500			\$3,808,800	\$476,100			\$0	\$0			\$3,808,800	\$92,800		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,808,800	\$609,500			\$3,808,800	\$476,100			\$0	\$0			\$3,808,800	\$92,800		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$3,808,800	\$609,500			\$3,808,800	\$476,100			\$0	\$0			\$3,808,800	\$92,800		\$0	\$0	
1	CC	1010217927	CASTRO SULMA	230301	30	\$3,808,800	\$609,500	EPSC34	30	\$3,808,800	\$476,100	0		\$0	\$0	14-11	30	\$3,808,800	\$92,800	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$3,808,800	\$609,500			\$3,808,800	\$476,100			\$0	\$0			\$3,808,800	\$92,800		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010217927		CASTRO SABOGAL SULMA CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 F # 1A-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132909887	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1676479906		9489981896	I	2025/08/08	2025/08/04	BANCOLOMBIA	\$1,178,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$609,500	\$0	\$0	\$609,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$609,500	\$0	\$0	\$609,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$92,800	\$0	\$0	\$92,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$92,800	\$0	\$0	\$92,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$476,100	\$0	\$0	\$476,100	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$476,100	\$0	\$0	\$476,100	
TOTAL				1	\$1,178,400	\$0	\$0	\$1,178,400	