

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO			CC:	1049612354
CORREO ELECTRÓNICO:	ADRYMEDINA1105@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3127212124
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 15 N° 136 - 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	450700074948
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4345 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 11.960.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO PS_4345_2025_787B45 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO CC: 1049612354 CEL: 3127212124					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

CON C.C N° 1.049.612.354

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 4345 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/24
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 45.080.000	No. HORAS EJECUTADAS	104
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 71.300.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.960.000
--	---------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y OCHO (8) DÍAS
---	---------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
------------------------	--------------------------------

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. Realizo valoración de pacientes del servicio de Uci Pediátrica durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación

por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.

21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.

22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.

24. Cumpro oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

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, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			

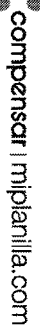
No. DE PLANILLA:	N° 90633444	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/10/15	\$ 467.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/15	\$ 598.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/15	\$ 91.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.157.100
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
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 calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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	 ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO PS_4345_2025_787B45 ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO CC: 1049612354		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_4345_2025_787B45 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA PS_4345_2025_787B45 XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
NIT: 1049612354-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 2 35 A 39 BRR LA PRADERA, Tunja, Boyacá, Colombia
Tel. 3127212124

Autorización facturación electrónica No. 18764068658079 válida desde 2024-04-09 hasta 2026-04-09 rango desde FE201 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900959051	No. de Factura	FE233
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	Fecha Emisión	15/10/2025 14:40:06-05:00
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	Fecha Vencimiento	
Teléfono:	3444484	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago:	Contado
		Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
		Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85120000-6	ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA	WSD	104,00	\$115.000,00				0,00	\$11.960.000,00



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO REINTEGRES			
2024-09	2023-09	1	15/10/2025	90633444
TOTAL A PAGAR				\$ 1157.800

TOTALES SALUD

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EP93001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830013831-0	467.500	0		0		0	1	300	0	467.800	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsidista	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Peruvia	60322803-8	598.400	0	0	0	1	400	0	598.400	1

S LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Incapacidades		Aportes Otros		Días	Valor Mora		Subtotal	No. Radicado		Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Colaborador	Valor	Sitios	Neto		Mora	Colaborador		Saldo a Favor	Saldo a Favor			
14-11	ARL SURA	99000790-5	91.200			91.200	1	00	91.200		912	91.200	1		

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALLES

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	

SEWA	0	0	0	0
ICBF	1	0	0	0
ESAP	0	1	0	0
MEN	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGCE, IMLA, IIR y I more	Total a Pagar
Salud	1	467,500	467,500
Pension	1	598,800	598,800
Riesgos laborales	1	91,200	91,300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1,157,100	1,157,900

Clonación del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

n de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ SI ☒ No

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crea

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo		Cargado por	
☐	2. PS 4345 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 4345 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	3. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	4. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	5. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	6. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	1. PS 4345 2025 CRP-10188.pdf	1. PS 4345 2025 CRP-10188.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	2. PS 4345 2025 CRP-15298.pdf	2. PS 4345 2025 CRP-15298.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	3. PS 4345 2025 CRP-19085.pdf	3. PS 4345 2025 CRP-19085.pdf		Comprador	Descargar Detalle
☐	9. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf		Proveedor	Descargar Detalle
☐	7. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf		Proveedor	Descargar Detalle
☐	8. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 4345 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf		Proveedor	Descargar Detalle