

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA			CC:	32769632
CORREO ELECTRÓNICO:	LUCIANARESTREPO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3192300406
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 56 152 77			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008670365611
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5733 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.699.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA PS_5733_2025_3C9176 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA CC: 32769632 CEL: 3192300406					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA

CON C.C N° 32.769.632

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., EN MARCO DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH".
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5733 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/11
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.538.200	No. HORAS EJECUTADAS	180
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 31.934.760	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.699.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

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	Estuvé presente en el momento de entregar y recibir 15 turnos registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente.
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de 14 Historias Clínicas, 3 fallidos del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
3	Garanticé el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado 14 Historias Clínicas, 3 fallidos propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).
4	Realicé la valoración médica y/o traslado de 36 pacientes cuando segun lo indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.
5	Realicé las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención.
6	Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E.
7	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
8	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
9	Velé por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria.
10	Realicé informe y registro oportuno de datos críticos.
11	Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
12	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
13	Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
14	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
15	Respondí oportunamente a los 17 despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
16	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
17	Asistí a la capacitación brindada el 15 de Octubre del 2025 sobre Funciones de veeduría
18	Registré todos los 36 desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados por medio del aplicativo designado para tal fin.
19	Capturé los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas.
20	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
21	Dí uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes.
22	Realicé el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF
23	Efectué el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.
24	Realicé 7 preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades

26	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
27	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024

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° 7987624722	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/17	\$ 357.500
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/10/17	\$ 457.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/17	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 815.100

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 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	 LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA PS_5733_2025_3C9176 LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA CC: 32769632
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5733_2025_3C9176 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

PS_5733_2025_3C9176

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ



FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO

--

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		32769632		NÚMERO PLANILLA:		7987624722		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BOGOTA DISTRITO CAPITAL		DEPARTAMENTO:		LUCIANA ESTHER RESTREPO ATUESTA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		septiembre AÑO		2025					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 53# 147A -36		TELÉFONO:		9089803		DÍAS DE MORA:		9		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1858108808					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:		SUCURSAL		SUCURSAL / DEPENDENCIA:		007 - HISTORIA													
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO													

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 455.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.600	\$ 0	\$ 455.000	\$ 2.600	\$ 457.600	
SUBTOTALES:										\$ 455.000	\$ 2.600	\$ 457.600	

☐	PS 5733 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5733 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5733 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5733 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5733 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5733 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
				Borrar	Cargar nuevo