

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA	CC:	1052389281		
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUDIALOPEZBECERRA27@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3215572125		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV. CALLE 3 #69F-62. APTO 201	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	69836810392

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5770 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 9.660.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA
PS_5770_2025_624952

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA

CC: 1052389281

CEL: 3215572125

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

CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA

CON C.C N°

1.052.389.281

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO 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 5770 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/16
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.695.000	No. HORAS EJECUTADAS	84
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 59.340.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.660.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS
--	--

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

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. Se realizaron actividades , procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de Anestesiología: se realizó evaluación pre quirúrgica, se eligió el tipo de anestesia más apropiada para el paciente según las condiciones físicas y de acuerdo a la operación que fue efectuada, se indicaron los requerimientos específicos de anestesia para la programación de los procedimientos quirúrgicos, aplicando y voceando la lista de seguridad quirúrgica, se monitoreo a cada paciente de acuerdo a las normas más estrictas de seguridad y a las reglas internacionales y nacionales establecidas por las instituciones representativas de los anestesiólogos, se supervisó todo el proceso anestésico durante la intervención, se controló el bienestar y seguridad del paciente después de finalizada la misma, hasta el egreso de la unidad de cuidados post anestésicos; todo eto con un alto nivel científico, ético y humano, de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procuraron el mejoramiento de la salud del paciente.
2. Se brindó una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, así como se sugirieron cambios o modificaciones que pudieron unificar criterios a fin de realizar una atención integral adecuada y de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3. Se realizaron actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y fue requerido.
4. Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permitieron mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6. Se respetaron los derechos del paciente, se cumplió el código de Ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención.
7. Se realizó el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación y se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8. Se emitieron conceptos médicos requeridos, de conformidad a mi especialidad, se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados.
9. Se diligenciaron en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10. Se garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11. Se usaron de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporta al desarrollo de las actividades contratadas.
12. Se reportaron al área de recursos físicos activos fijos de la subred, los equipos de mi propiedad, que se destinaron a las actividades asistenciales.
13. Se garantizó la seguridad de los equipos que se encontraron bajo mi custodia.
14. Se apoyó la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.

15. Se prestó el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de EAPB.
16. Se notificaron los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención al paciente y se brindó apoyo en los análisis a los que fué convocada, dispuesta si era necesario a implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17. Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
18. Se apoyó en actividades de docencia de servicio en las actividades dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
19. Se dio asesoría a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
20. Asistí las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fué convocado.
21. Se informó oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afectó el cumplimiento de mis obligaciones.
22. Se facilitaron las labores de supervisión, evaluación y control que la subred realizó en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros.
23. Se cumplió oportunamente con recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad.
24. Se acreditó inscripción en el Rethus, Mipres y Ruaf, soportando de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato.
25. Se portó el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
26. Se prestó servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
27. Se participó en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7998776486	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/11	\$ 1.433.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 1.950.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 279.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.663.600

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



CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA

PS_5770_2025_624952

CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA

CC: 1052389281

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5770_2025_624952

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_5770_2025_624952

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1052389281
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA LOPEZ BECERRA
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CRA47 22A 99 EDIFICIO HELIANA TELÉFONO: 3215572
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de atención de la
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **7998776486** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2025 SALUD: AÑO: 2025
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/12/11 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1998199261

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 1.950.200
SUBTOTAL:				1	\$ 1.950.200

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8000887022	EPS010		CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 1.433.900
SUBTOTAL:				1	\$ 1.433.900

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11	14-11	ARL SURA	1	\$ 279.500
SUBTOTAL:				1	\$ 279.500

VALOR SIN MORA:	\$ 3.663.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 3.663.600