

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN SEBASTIAN MOLINA MUÑOZ			CC:	1032474954
CORREO ELECTRÓNICO:	JSMOLINA.MYM@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3197668241
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 47 A 22 A 72			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24061237120
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1680 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 22.140.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JUAN SEBASTIAN MOLINA MUÑOZ PS_1680_2025_5E9E1C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN SEBASTIAN MOLINA MUÑOZ CC: 1032474954 CEL: 3197668241					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN SEBASTIAN MOLINA MUÑOZ

CON C.C N°1.032.474.954

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1680 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$61.551.360No. HORAS EJECUTADAS246

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$249.379.440VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$22.140.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:JORGE EDUARDO CARO CARO

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 las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos definidos dentro del plan de manejo de la especialidad de ginecología y obstetricia. Estudio, diagnóstico y trato patologías y trastornos del sistema reproductor femenino y de la paciente obstétrica y del binomio madre feto, que requieren tanto la aplicación de técnicas quirúrgicas como no quirúrgicas, con un alto nivel científico, ético y humano. Desempeño mi labor de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de cada paciente, teniendo siempre en cuenta que todas las decisiones clínicas tomadas en la atención médica deben procurar el mejoramiento de su salud y bienestar.
2. Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada. Cumpló con el principio de equidad y pongo énfasis en la aplicación de actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención. Además, sugiero cambios o modificaciones que permitan unificar criterios, con el fin de ofrecer una atención integral adecuada y conforme a los estándares de habilitación y acreditación.
3. Realizo las actividades según las necesidades de la Subred, brindando cobertura en todas las unidades donde se preste el servicio y sea requerido. Aplico y participo activamente en la implementación de la lista de seguridad quirúrgica.
4. Informo al paciente y a su familia sobre la condición clínica, el plan de manejo, la atención y las recomendaciones al egreso, generando un alto grado de satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5. Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente, así como todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6. Respeto los derechos del paciente, cumpro con el Código de Ética Médica y con las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en los que se brinda la atención.
7. Realizo el seguimiento y control a los pacientes que lo requieran, e imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8. Emito los conceptos médicos que se requieran, de conformidad con mi especialidad, y realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
9. Diligencio de forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema) los formatos, historias clínicas, consentimientos informados, reportes de estudios y demás registros propios de mi labor, de acuerdo con la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y las directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma.
10. Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11. Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos, instalaciones y los recursos que la Subred aporta para el desarrollo de las actividades contratadas, y respondo por su reposición o reparación cuando los daños sean ocasionados por negligencia o manipulación inadecuada de los mismos.
12. Reporto al área de Recursos Físicos Activos Fijos de la Subred los equipos de mi propiedad que destino a las actividades asistenciales.
13. Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.
14. Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en el desarrollo de la atención que estoy obligado a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15. Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales, evitando así que se generen glosas definitivas o procesos de conciliación por parte de las EAPB.
16. Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente, apoyo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.

1	17. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
	18. Apoyo las actividades de docencia servicio en la revista médica u otros espacios dirigidos a los estudiantes y/o al personal del servicio, con el fin de contribuir al desarrollo y formación del recurso humano en salud.
	19. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad.
	20. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
	21. Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.
	22. Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la Subred realice, ya sea de forma directa a través de la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o mediante terceros.
	23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes emitidas por la supervisión y por la Oficina de Calidad.
	24. Acredito mi inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF, y soporte 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. Este es un requisito indispensable para que se genere cada pago a mi favor, por lo cual anexo la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social, que comprende salud, pensión y riesgos laborales.
	25. Porto el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
	26. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades.
	27. Participo en investigaciones y estudios específicos de casos orientados a resolver causas y encontrar soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>

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° 7994979692	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 1.089.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 1.481.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 212.300	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 2.782.500	

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	
	JUAN SEBASTIAN MOLINA MUÑOZ
	PS_1680_2025_5E9E1C
JUAN SEBASTIAN MOLINA MUÑOZ	
CC: 1032474954	

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1680_2025_5E9E1C

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



JORGE EDUARDO CARO CARO

PS_1680_2025_5E9E1C

JORGE EDUARDO CARO CARO
SUPERVISOR DEL CONTRATO