

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ			CC:	53167837
CORREO ELECTRÓNICO:	DRMARIACATA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3186295609
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 127A 91 31			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91217768794
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1642 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 22.970.570	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ PS_1642_2025_32CB0E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ CC: 53167837 CEL: 3186295609					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ

CON C.C N°53.167.837

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 1642 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$84.933.200No. HORAS EJECUTADAS238

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$296.204.535VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$22.970.570

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

ITEMII. 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. REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE SU ESPECIALIDAD. 2. LLEVAR REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 3. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA. 4. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL AREA. 5. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 6. REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA. 7. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 8. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE. 9. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD. 10. DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA. 11. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION. 12. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN DE MANEJO Y ATENCION. 13. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN. 14. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 15. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS. 16. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACINADAS CON EL CUMPLIMINTO DE SUS ABLIGACIONES CONTRACTUALES. 17. PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA. 18. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 19. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

DURANTE EL PERÍODO EVALUADO SE DIO CUMPLIMIENTO INTEGRAL A LAS FUNCIONES ASISTENCIALES, ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN EN SALUD, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PERFIL DEL CARGO Y LA NORMATIVA VIGENTE. SE REALIZARON DE MANERA OPORTUNA LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE ATENCIÓN, CON REGISTROS CLÍNICOS COMPLETOS, LEGIBLES Y ACTUALIZADOS, INCLUYENDO EPICRISIS, RESÚMENES E INFORMES ESTADÍSTICOS. SE GARANTIZÓ EL MANEJO ÉTICO Y LEGAL DE LA

1	HISTORIA CLÍNICA, EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL REPORTE DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, SUCESOS DE CALIDAD Y ACTIVIDADES DE MEJORA CONTINUA. ASIMISMO, SE BRINDÓ INFORMACIÓN CLARA AL PACIENTE Y SU FAMILIA, SE EMITIERON CONCEPTOS MÉDICOS CUANDO FUERON REQUERIDOS Y SE APOYÓ LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, ASÍ COMO LAS ACCIONES ORIENTADAS AL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.		
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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1078011711	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/01/04	\$ 1.110.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/04	\$ 1.509.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/04	\$ 216.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.835.900
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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ PS_1642_2025_32CB0E MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ CC: 53167837		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1642_2025_32CB0E DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		

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



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
PS_1642_2025_32CB0E

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO