25 de mayo de 2026.

Doctora:
KELLY YOLIMA SANCHEZ CASTAÑEDA
Gerente E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA BÁRBARA, SANTANDER
Dirección física: Carrera 3 No. 4-98
Dirección de correo electrónico: e.s.esantabarbara@hotmail.com
Santa Bárbara, Santander
E.S.D

BIBIANA PLATA RINCON, mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía **No. 1.018.516.337** expedida en Bogotá D.C.; agradeciendo su amable invitación, me permito presentar la siguiente propuesta para ejecutar el siguiente objeto contractual; ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES COMO MÉDICO GENERAL PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA, SANTANDER"***, de acuerdo a lo que a continuación se detalla:

ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:

1. Brindar atención médica en el servicio de consulta externa de la E.S.E., de acuerdo con la disponibilidad de tiempo del profesional y con el cronograma previamente acordado entre las partes, permitiendo desarrollar el servicio de manera autónoma y sin que exista subordinación por parte de la entidad contratante. En el desarrollo de esta actividad el profesional debe propender por el cumplimiento de las metas establecidas en cuanto a la oportunidad de cita en el servicio de consulta externa.
2. Brindar atención médica en el servicio de urgencias de la E.S.E., de acuerdo con la disponibilidad de tiempo del profesional y con el cronograma previamente acordado entre las partes, permitiendo desarrollar el servicio de manera autónoma y sin que exista subordinación por parte de la entidad contratante.
3. Diligenciar correctamente la historia clínica de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias y de consulta externa a través del Software establecido para tal fin, registrando todos los datos relacionados con la atención de los pacientes.
4. Elaborar órdenes de laboratorios, medicamentos, material médico quirúrgico, procedimientos, remisiones y contra remisiones, entre otros.
5. Dar cumplimiento a los estándares establecidos en la normatividad vigente y los establecidos por la institución para la atención de pacientes en el servicio de urgencias, así como dar cumplimiento a los indicadores y a las metas en cuanto a la oportunidad establecidas por las EAPB
6. Diligenciar todos los formatos requeridos para la atención de pacientes en los servicios de urgencias y de consulta externa de la institución hospitalaria.
7. Brindar la asesoría requerida y necesaria a los pacientes que ingresen a los servicios de urgencias y de consulta externa; incluyendo la explicación del consentimiento informado que debe firmar el paciente en los casos que se requieran.
8. Realizar la referencia y contrarreferencia de los pacientes que ameriten el Servicio de Transporte Asistencial Básico (TAB), ajustándose a la normatividad vigente, manuales y protocolos establecidos para el traslado de pacientes, haciendo el respectivo acompañamiento en los casos que se requieran y el debido reporte de radio teléfono o vía telefónica al CRUE de la Secretaría de Salud Departamental y a la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se traslade al paciente.

9. Desarrollar la prestación de los servicios profesionales de manera temporal, autogestionaria, con autonomía y autodeterminación, con plena observancia de la Ley y los procedimientos específicos.
10. Las demás actividades inherentes al cumplimiento del alcance del objeto contractual.

VALOR DE LA PROPUESTA:

CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000), incluidos todos los gastos, costos, impuestos, tasas y demás contribuciones o tributos que se generen con ocasión al contrato.

FORMA DE PAGO:

EL CONTRATANTE pagará al El CONTRATISTA el valor de la presente propuesta conforme a lo pactado en el contrato.

PLAZO DE EJECUCIÓN:

El plazo de ejecución contractual será de **DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO**, contados a partir de la fecha acordada en el acta de inicio.

Nota. En caso de terminación anticipada o ejecución parcial solo habrá lugar al pago proporcional de las actividades de prestación efectiva del objeto contractual.

DECLARACIONES:

El suscrito declara:

- → Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la contratación estatal especialmente lo establecido en la Constitución Política y la Ley. Por lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incursA en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad para celebrar contratos con entidades públicas, particularmente con Empresas Sociales del Estado. Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad, cederé el contrato previa autorización escrita de E.S.E. Centro de Salud Santa Bárbara, Santander, o, si ello no fuere posible, renunciará a su ejecución. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sobrevenga dentro de proceso de selección, se entenderá que renuncio a la participación en este y a los derechos surgidos del mismo.
- → Conozco la modalidad de selección empleada y el tipo de contrato a suscribir, por tal motivo, declaró solemnemente que mantendré indemne a la institución por cualquier reclamación derivada del mismo.
- → Ninguna persona o entidad de la aquí nombrada tiene interés en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia llegase a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante.
- → Manifiesto bajo la gravedad de juramento que es cierto y verdadero que no soy responsable de los aportes parafiscales (Sena, Bienestar Familiar y Cajas de Compensación). Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L.
- → Que en ejercicio de mi actividad tengo previstas las actividades inherentes al objeto a contratar y la experiencia requerida.
- → Que conozco el sitio donde ejecutara el contrato, que acepto todos los requisitos que implique el desarrollo del objeto contractual y, me someto a cumplir todas las reglamentaciones vigentes en la E.S.E.

→ Que me comprometo a realizar todos los trámites tendientes a la legalización del contrato y a firmar el acta de inicio.
→ Que mediante el presente documento manifiesto mi disponibilidad inmediata para desempeñar la prestación de los servicios contratados.

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

En virtud de lo establecido en el Capítulo V, de la Ley 1437 de 2011, ACEPTO voluntariamente ser notificado de los avisos, solicitudes, comunicaciones y demás notificaciones que se deban realizar en virtud de la relación contractual, a través de medio electrónico a la siguiente dirección de correo: bibianaplatarincon@gmail.com

OBSERVACIONES:

Adjunto a la presente, proporciono copia de la documentación requerida en la invitación, la cual respalda mi idoneidad y experiencia para llevar a cabo las actividades contempladas en el contrato.

Atentamente,

Bibiana Plata Rincón

BIBIANA PLATA RINCÓN
C.C. No. 1.018.516.337 de Bogotá D.C.