ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 355 - 2026	
OBJETO CONTRACTUAL	
APOYAR LA GESTIÓN DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATÁ MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA, PARA LA REALIZACIÓN DE CONSULTA ESPECIALIZADA, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE DICHA ESPECIALIDAD EN LA ESE, A LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA ESE, PRESTANDO EL SERVICIO CON OPORTUNIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA.	
CONTRATISTA	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	04 DE SEPTIEMBRE DE 2026
PLAZO DE EJECUCIÓN	TRES (03) MESES
FECHA DE INICIO	07 DE SEPTIEMBRE DE 2026
FECHA DE TERMINACION	06 DE DICIEMBRE DE 2026
CONTRATISTA	JOSE IVÁN NIÑO REYES
CEDULA DE CIUDADANIA	74.375.610 Duitama
VALOR DEL CONTRATO	($60.000.000) M/CTE.
SUPERVISOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	OSCAR MAURICIO CUEVAS VALDELEON
CEDULA DE CIUDADANIA	4.207.637-24079922
CARGO O PROFESIÓN	SUBGERENTE CIENTIFICO
El contrato tiene póliza de garantía: SI: X NO:	

FORMA DE PAGO: I) El Hospital San Antonio de Soatá E.S.E. reconocerá y cancelará mensualmente al contratista la suma de NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($950,000) por cada jornada de consulta de 24 pacientes efectivamente realizados y certificados durante cada mes, en caso de no cumplirse el número de consultas mencionadas, se cancelará proporcionalmente. II). Los procedimientos de cirugía dermatológica serán cancelados en un porcentaje del 50% del valor pactado por el hospital en los contratos con las EAPB, lo cual arroja la media que se menciona adelante. III) Los procedimientos de cirugía dermatológica en los cuales se necesita el uso de nitrógeno líquido (crioterapia) serán cancelados en un porcentaje del 65% de las tarifas UVB, lo cual arroja la media que se menciona a continuación, debiendo el profesional aportar dicho insumo, conforme el siguiente cuadro:

CODIGO CUPS	SERVICIO	VALOR UVB	VALOR A FACTURAR	
863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL - ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	$ 196.800	$ 98.400	50%
863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL - HASTA SEIS LESIONES	$ 99.400	$ 49.700	50%
863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL - MAS DE SEIS LESIONES	$ 99.400	$ 49.700	50%
863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL - HASTA SEIS LESIONES	$ 99.400	$ 49.700	50%
863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL - MAS DE DIEZ LESIONES	$ 196.800	$ 98.400	50%
860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)	$ 133.800	$ 66.900	50%
864202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL – ENTRE UNO Y DOS CENTÍMETROS	$ 410.700	$ 205.350	50%

864104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL – MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS	$ 350.800	$ 140.320	40%
864205	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL – MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 476.800	$ 214.560	45%
864201	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL – HASTA UN CENTÍMETRO	$ 476.800	$ 190.720	40%
890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 79.100	$ 39.550	50%
890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 79.100	$ 39.550	50%
861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	$ 239.400	$ 95.760	40%
861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 239.400	$ 95.760	40%
864203	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS GQ 4	$ 196.800	$ 98.400	50%

IV) el pago se realizará dentro de los treinta (30) días siguientes a la radicación de la factura y/o cuenta de cobro, previa presentación del informe de actividades realizadas Indicando fecha nombre del paciente, identificación, procedimiento realizado y valor facturado, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato en la cual se señalará que el CONTRATISTA cumplió a satisfacción con las obligaciones del contrato y presentación del soporte de pago de aportes al sistema de seguridad social (salud, pensión y ARL). **Parágrafo 1**: Los aportes Parafiscales y Seguridad social, deberán estar acordes a lo contemplado en la normativa vigente. **Parágrafo 2**: El Hospital San Antonio de Soata se reservará el derecho de pago de la última factura del contrato en vigencia hasta que no se presente la correspondiente acta de liquidación, que es trámite inherente de las obligaciones del contratista y que se rige por los estipulado en el Acuerdo 014 de 2024 y la ley.

FIRMA SUPERVISOR

OSCAR MAURICIO CUEVAS VALDELEON
Subgerente Científico

FIRMA DEL CONTRATISTA

JOSE IVÁN NIÑO REYES
Contratista

ELABORO: ERICA LIZARAZO FLOREZ.
REVISÓ: JESSICA TATIANA MORENO ALARCÓN
Contratista oficina Jurídica