Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-01-01**

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

GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,140,842,425				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRERSTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1163 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	27,931,392	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	4 meses		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	27,931,392		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		5,746,302
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	5894	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 meses				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	50L CENTRO DE SALUD OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	elizabeth coy gimenez profesional especializado				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROG**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROG**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ITEM	**IV. 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 LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICADOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DEATENCION DE MI ESPECILAIDAD
2	SE LLEVO REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS , ACTIVIDADES E INTERVENCIONES , SE MANTUVIERON ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION , LAS ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DESARROLLADAS QUEDAN REGISTRADAS EN EL MODULO DE HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA INFORMACION DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA
3	SE CUMPLIO CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA
4	SE PARTICIPO EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDAD DEL AREA
5	SE REPORTARON LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIOA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE
6	SE REALIZARON RESUMENES DE HISTORIA CLINICA , EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES ADMINISTRATIVOS SEGÚN SE REQUIRIO
7	SE REALIZO LA NOTIFICACION OPORTUNA DE LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTAN EN EL SERVICIO , SE PARTICIPO EN LOS ANALISIS A LOS QUE FUI CONVOCADOS Y SE IMPLEMENTARON LAS ACCIOINES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO
8	SE IMPARTIERON INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE
9	SE DILIGENCIARON EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE MI ACTUAR CON CRITERIO DE LEGIBILIDAD
10	SE REALIZO EL DILENGIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA
11	SE PARACTICO EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTE EN LO QUE FUE REQUERIDA MI PARTICIPACION
12	SE INFORMO AL PACIENTE A SU FAMILIA SOBRE SU CONDISION , PLAN , DE MANEJO Y ATENCION
13	SE EMITIERON LOS CONCEPTOS MEDICOS QUE ME FUERON REQUERIDOS
14	HORAS LABORADAS: 158 DE 01/01/2025 A 31/01/2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	75692221	**OPERADOR:**	ARUS	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SANITAS	1/21/2025	$	201,100
PENSIÓN:	PROTECCION	1/21/2025	$	257,400
RIESGOS LABORALES:	SURA	1/21/2025	$	39,200
OTRO				
TOTAL PAGADO			**$ 501,600**	

VI. 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

Gabriel Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1140842425
cel: 3014513753

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GABRIEL SIERRA PAYARES	**CC:**	1140842425
		RUT (NIT):	1140842425
CORREO ELECTRÓNICO:	GABRIELSWA25@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3014513753
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77 B # 116 C 75	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**NO**
SI tomaré costos y deducciones	

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488421153807**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1163 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	5894	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/2/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**4/30/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 27,931,392**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	02/01/2025 A 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**5,746,302** **cinco millones setecientos cuarenta y seis mil trescientos dos pesos cop**					

Gabriel Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1140842425
cel: 3014513753

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1,140,842,425**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRERSTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**ps 1163 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/2/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	27,931,392				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	27,931,392		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	5,746,302	
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	**N° CRP INICIAL:**	5894	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	75692221		**OPERADOR:**	ARUS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5OL CENTRO DE SALUD OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

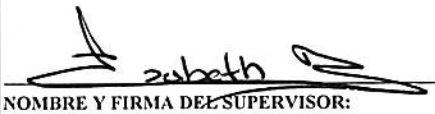
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

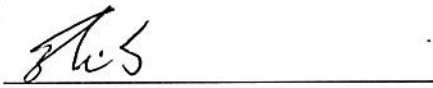
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	XX	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	XX	
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?	XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	XX	

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 (02/1/2025) AL (31/1/2025

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



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
ELIZABETH COY JIMENEZ
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO



EDISON SANCHEZ QUINTERO

PERFIL:ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-21, 02:27:33 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 75692221

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 21/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES		
Documento	CC1140842425	**Dirección**	DG 77B #116 C - 75
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
CC 1140842425	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES	59	00								X									0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.608.400	$ 257.400	(EPS010) EPS SURA	$ 1.608.400	$ 201.100	2,436	$ 1.608.400	$ 39.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.608.400	$ 1.608.400	$ 1.608.400	$ 0	$ 257.400	$ 201.100	$ 39.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 497.700	$ 3.900	$ 501.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.