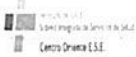


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-01-01	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y GABRIEL EDUARDO SIERRA PAVARES					
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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.931.392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27.931.392		4 meses	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 6.109.992			
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		4 meses		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5SJ CENTRO DE SALUD SAN JORGE			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		PRORROGAS	
				0	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE MI ESPECIALIDAD					
2 SE LLEVO REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, SE MANTUVIERON ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUILLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN, LAS ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DESARROLLADAS QUEDAN REGISTRADAS EN EL MÓDULO DE HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA					
3 SE CUMPLIO CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA					
4 SE PARTICIPÓ EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDAD DEL ÁREA					
5 SE REPORTARON LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE					
6 SE REALIZARON RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES ADMINISTRATIVOS SEGÚN SE REQUIRIÓ					
7 SE REALIZÓ LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS SUCCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTAN EN EL SERVICIO, SE PARTICIPÓ EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE FUI CONVOCADO Y SE IMPLEMENTARON LAS ACCIONES 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 REALIZÓ EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCIÓN BRINDADA					
11 SE PARTICIPÓ EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTE EN LO QUE FUE REQUERIDA MI PARTICIPACIÓN					
12 SE INFORMÓ AL PACIENTE A SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN, DE MANEJO Y ATENCIÓN					
13 SE EMITIERON LOS CONCEPTOS MÉDICOS QUE ME FUERON REQUERIDOS					
14 HORAS LABORADAS: 168 DE: 01/02/2025 A 28/02/2025					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		76031206		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SURA		\$ 287.400	
PENSIÓN:		PROTECCION		\$ 367.900	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 56.100	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 713.000	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculó 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 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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
C.C 1140842425
tel: 3014513753

	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: (28/02/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	GABRIEL SIERRA PAYARES	CC: 1140842425
CORREO ELECTRÓNICO:	GABRIELSWA25@GMAIL.COM	RUT (NIT): 1140842425
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77 B # 116 C 75	TELÉFONO: 3014513753
		CIUDAD: BOGOTÁ
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 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.		
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	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 A 28/02/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	5 6.109.992	
	SEIS MILLONES CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS COP	
<div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1140842425 cel: 3014513753</div>		

<div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div></div>		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	02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.109.992
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	5894
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	76031206	OPERADOR:	ARUS
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5SJ CENTRO DE SALUD SAN JORGE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	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
Nº 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?	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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		ELIZABETH COY JIMENEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
		EDINSON SANCHEZ QUINTERO NOMBRE : PERFIL: ENLACE SERVICIOS AMBULATORIOS	

76031206

PAGADO 10/02/2025

II. DETALLE DEL APORTANTE

III. TOTALES

Página 1 de 1

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

