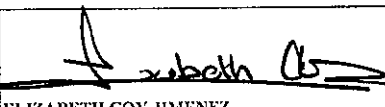
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-01-01	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y GABRIEL EDUARDO SIERRA PAVARES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.140.842.425		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1163 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 27.931.392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 27.931.392		4 meses	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		4 meses		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SSJ CENTRO DE SALUD SAN JORGE		S 6.837.372	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		S -		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		S -		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		S -		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		S -		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		S -		TIEMPO PRORROGA	
VALOR ADICIONADO		S -		TIEMPO PRORROGA	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		SI		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		SI		FECHA DE APROBACIÓN:	
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 DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE ESPECIALIDAD					
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 CUMPIÓ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA					
4. SE PARTICIPÓ EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDAD DEL AREA					
5. SE REPORTARON LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE					
6. SE REALIZARON RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES ADMINISTRATIVOS SEGÚN SE REQUIRIÓ					
7. SE REALIZÓ LA NOTIFICACION OPORTUNA DE LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTAN EN EL SERVICIO, SE PARTICIPÓ EN LOS ANALISIS A LOS QUE FUI CONVOCADOS 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 DIFERENCIARON EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE MI ACTUAR CON CRITERIO DE LEGIBILIDAD					
10. SE REALIZÓ EL DILENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA					
11. SE PARTICIPÓ EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTE EN LO QUE FUE REQUERIDA MI PARTICIPACION					
12. SE INFORMÓ AL PACIENTE A SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN, DE MANEJO Y ATENCION					
13. SE FIRMARON LOS CONCEPTOS MEDICOS QUE ME FUERON REQUERIDOS					
14. HORAS LABORALES: 158 DÍAS: 01/03/2025 A 31/03/2025					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº DE PLANILLA:		76033359		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SURA		11/03/2025	
PENSIÓN:		PROTECCIÓN		11/03/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		11/03/2025	
OTRO		SURA		11/03/2025	
TOTAL PAGADO		S 758.700		ARUS	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1. Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro					
2. Que realice 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3. Que adjunte evidencia del cargo en el aplicativo scop 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					


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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)					
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					
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					488421153807
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1163 2025	Nº CDP:		Nº. RP:	5894
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/03/2025 A 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	6.837.372				
SEIS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1140842425 cel: 3014513753					

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	
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	2/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		27.931.392		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	27.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	6.837.372
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	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:	76033359	OPERADOR:	ARUS		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SSJ 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):		ADICIÓN ()	PRÓRROGA ()
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				
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	
<p>Declaro 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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)</p>					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			<p style="text-align: center;"> ELIZABETH COY JIMENEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO</p>		
			<p style="text-align: center;"> EDINSON SANCHEZ QUINTERO NOMBRE: PERFIL: ENLACE SERVICIOS AMBULATORIOS</p>		

SuAporte

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-12, 06:43:19 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 76033359
Periodo Cotización: febrero de 2025 Período Servicio: febrero de 2025

PAGADO 11/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

II. DETALLE DEL APORTANTE																																				
Datos del Afiliado					Novedades										Pensiones				Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Saludo Cotizante		RET	RET P	TDE	TAF	TAP	VSP	SLN	IOE	LAM	VAC	VAP	DAE EPS	DAE EPS	DAE EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEBIA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Minutero	Total	
CC 1140842425	GABRIEL EDUARDO SIERRA	59	00														0	30	30	(202501) PROTECCION	\$ 2.444.000	\$ 381.100	(EPS010) EPS SURA	\$ 2.444.000	\$ 305.500	2,05	\$ 2.444.000	\$ 59.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 756.200

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 2.444.000	IBC Riesgos	\$ 2.444.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 381.100	Aportes Salud	\$ 305.500	Aportes Riesgos	\$ 59.600	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sura	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades Locales Salidas a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 756.200	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 2.500	TOTAL FINAL	\$ 758.700
-------------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	----------	-------------	------------

