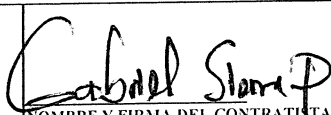
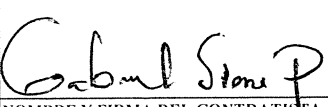
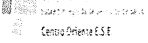
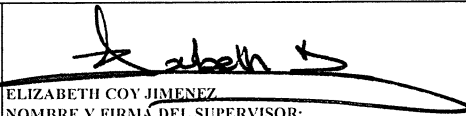


<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p>						<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-01-01</p>	
<p align="center">CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES</p>							
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	
						2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		4 meses	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		40.490.820		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:		5894	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				6 meses		Nº CDP:	
						1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				5SJ CENTRO DE SALUD SAN JORGE			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO			
<p align="center">II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</p>							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 12.559.428		CDP DE LA ADICIÓN:		1276	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:			
<p align="center">III. POLIZAS</p>							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:						NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA						FECHA DE APROBACIÓN:	
<p align="center">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)</p>							
ITEM							
1	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICADOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI 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 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 OBLIGATORIA 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 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 REALIZO EL DILENGIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA						
11	SE PARTICIPO 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: 180 DE 01/05/2025 A 31/05/2025						
<p align="center">V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</p>							
No. DE PLANILLA:		77897803		OPERADOR:		ARUS	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		SURA		12/05/2025		\$ 338.300	
PENSIÓN:		PROTECCION		12/05/2025		\$ 433.000	
RIESGOS LABORALES:		SURA		12/05/2025		\$ 66.000	
OTRO							
TOTAL PAGADO						\$ 839.600	
<p align="center">VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</p>							
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.</p> <p>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde 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)</p> <p>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>							
<p align="center">VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)</p>							
<p align="center">Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente</p>							


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

<div>  <div> <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E</p> <p>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</p> <p>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> <div> <p>CÓDIGO: AP-1A-FT-014</p> <p>VERSIÓN: 6</p> </div> </div>					
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)					
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 1.2.4.1.6 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:	488421153807
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1163 2025	Nº CDP:	1276	NºCRP:	14989
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 6 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 40.490.820
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/05/2025 A 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 6.546.420				
seis millones quinientos cuarenta y seis mil cuatrocientos veinte pesos mcte.					
<div>  </div>					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1140842425 cel: 3014513753					

<div>  <div> 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 </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 </div> </div>			
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:	\$ 40.490.820	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.546.420
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	14989
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1276
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	6 MESES		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	77897803	OPERADOR:	ARUS
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA		
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 (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION (1) PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$12'559'428	CDP DE LA ADICIÓN: 1276 RP DE LA ADICIÓN: 14989	TIEMPO PRORROGADO: (2 MESES)
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	
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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)			
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	



Fecha creación reporte: 2025-05-12, 12:26 02 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 77897803

SuAporte |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Periodo Cotización:

abril de 2025

Periodo Servicio:

abril de 2025

PAGADO 12/05/2025

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		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARD	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	ICBF	ESAP	Aporte Multitiro	Total
CC 11408425	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES	59	00								X										0	360	360	0	(230201) PROTECCION	\$ 2.706.000	\$ 433.300	EPESDIO EPS SURA	\$ 2.706.000	\$ 338.300	2.436	\$ 2.706.000	\$ 66.000	(RMCCI) MIXTURA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 337.300

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, Salidos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.706.000	\$ 2.706.000	\$ 2.706.000	\$ 0	\$ 433.000	\$ 338.300	\$ 66.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 837.300	\$ 2.900	\$ 839.600



