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	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:	$ 6.546.420	
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	5894	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 meses				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5SJ CENTRO DE SALUD SAN JORGE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECILAIZADO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 12.559.428	CDP DE LA ADICIÓN:	1276	CRP DE LA ADICIÓN:	14989	TIEMPO PRORROGA	2
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA	

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 especificas 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 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 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. 180 DE 01/05/2025 A 31/05/2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

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

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 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 periodo correspondiente

Gabriel Sierra P

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

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

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**				
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**	**N° CDP:**	**1276**	**N°CRP:**	**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 (LETRASY NUMEROS)	**$** **6.546.420**					
	seis millones quinientos cuarenta y seis mil cuatrocientos veinte pesos mcte.					

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

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

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
N° PAGO / N° DE INFORME:	5	N° CRP INICIAL:	14989	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1276
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	6 MESES				
N° 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

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (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
N° 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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-12, 12:26:02 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 77897803

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	**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				Total
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 APP	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	Aporte Ministerio	Total
CC 1140842425	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES	59	00								X									0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.706.000	$ 433.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.706.000	$ 338.300	2,436	$ 2.706.000	$ 66.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 837.300

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, Saldos 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	$ 2.300	$ 839.600

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.