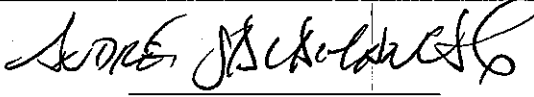
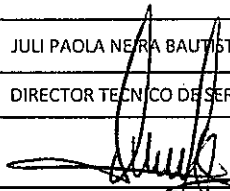


Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 40.624.760	\$ 81.249.520	\$ 68.323.460	\$ 12.926.060

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-04-01 Hasta: 2024-04-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
4	Participar en la programación de actividades del área	No se programaron actividades durante el periodo evaluado	No aplica
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	No se presentaron	No aplica
6	Realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
7	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	No se presentaron	No aplica
8	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
10	Diligenciar a consentimiento informado acorde con la atención brindada	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
11	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
12	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
13	Emitir conceptos médicos que se le requieran	Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial
14	Apoyar a cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Se dio cumplimiento	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSION: 04 FECHA: 2024-02-22	
15	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos		Se dio cumplimiento	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial	
16	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra Institucionales, relacionadas con el cumplimiento de sus obligaciones contractuales		No se presentaron	No aplica	
17	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área		No se presentaron	No aplica	
18	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones		No se presentaron	No aplica	
19	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.		Se dio cumplimiento de acuerdo a programación por del líder del proceso	Registro de atenciones en Historia clínica Dinámica Gerencial	
Observaciones:			<div> Firma del Contratista</div> <div>C.C. 1.032.400.991 de BOGOTA</div> <div>OK AUGUST</div>		
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión.. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.					
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO					
NOMBRE:		JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA			
CARGO:		DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS AMBULATORIOS			
FIRMA					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1032400891	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO		carrera 12 # 140 - 42	3105726132	andressalamanca@yandax.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOSOTÁ D. C.	BOSOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2024-03	2024-03	1	15/04/2024	76538194	\$2.564.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	1.003.700

[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900335604-7	1.284.700	0	0	40.200	40.200	0	0		1.365.100	27

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados	
				No. Autortización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800228175-3	195.600			195.600	0	0	195.600		195.600	1.952	1.440.500		

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre				
	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
					No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1,003,700	1,003,700
Pensión	1	1,355,100	1,355,100
Riesgos Laborales	1	195,600	195,600
COF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2,554,400	2,554,400

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	103240091	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO	carrera 12 # 140 - 42
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	1 - Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.
			SI

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2024-03	2024-03		
		NÚMERO PLANILLA	
		76338194	
		TOTAL A PAGAR	\$2.564.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION			SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAMORALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
No.	Tipo		No. de identificación		Apellidos y Nombres		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Cédula		Céd	

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

ff418c740960c1f6abf1e23acda5888a25d52af571b1a38f34005a399e859ffc6f533a84dbe55517405b702985310c9c

Número de Factura: FEV-10

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 15/04/2024

Medio de Pago: Instrumento no definido

Fecha de Vencimiento: 15/04/2024

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE

Nombre Comercial: SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE

Nit del Emisor: 1032400991

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 12 140 42 BRR CEDRITOS

Actividad Económica: 8622

Teléfono / Móvil: 3105726332

Correo: andressalamanca@yandex.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-13

Dirección: TRANSVERSAL 5 ESTE # 19-50 SUR

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3282828 EXT. 13192

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	001	Servicios MédicoQuirúrgicos	HUR	220,00	\$ 92.329,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 20.312.380,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-04-15 12:15:04
Documento generado el: 2024-04-15 12:15:04
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

Numero de Autorización: 18764060061425

Rango desde: 1

Rango hasta: 100

Vigencia: 2024-05-16

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	20.312.380,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20.312.380,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	20.312.380,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ 20.312.380,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00