Secretaría de Salud 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 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: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	12.560.004				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1224 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**40.624.760**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**198.692.008**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**21.051.012**
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	13421	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	18.281.142	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21140	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	22.712.934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24051	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	28.991.306	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28864	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	21.604.986	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32256	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	66.476.880	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36205	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	
Nº DE PÓLIZA:	NA		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		NA

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determidos dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada realizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación
3	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
7	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos
8	Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados
9	actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los datos se ocasionen por negligencia o decuada manipulación de los mismos
12	Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.

13	El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.
14	Apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
15	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB
16	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso atención paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
18	Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud
19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
20	Asistir a las jornadas dadas de capacitación, inducción,reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9474689501**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**4/10/2024**	**3004300**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**4/10/2024**	**4230100**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**4/10/2024**	**585600**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 7.820.000**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
12.560.004
3103492706

Secretaría de Salud 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: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA	**CC:**	12560004
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	JAVIERZAGARRA@YAHOO.COM.BR	**TELÉFONO:**	3103492706
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 63 F 85H 14 AP 202	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
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 ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008380332687**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1224 2024**	**N° CDP:**	**146**	**N°. RP:**	**13421**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**$ 21.051.012**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 21.051.012** **VEINTIUN MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DOCE PESOS M/CTE**					

JAVIER ZAGARRA

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
12560004
3103492706

Secretaría de Salud 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 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	**JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**12.560.004**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1224 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	40.624.760			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 198.692.008		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 21.051.012**	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP INICIAL:** 13421	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474689501	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				5	5
VALOR ADICIONADO	$ 18.281.142	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21140	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 22.712.934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	24051	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 28.991.306	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28864	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 21.604.986	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32256	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 66.476.880	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	36205	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

Espacio para
Logo Corporativo

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
NIT 12.560.004-
CL 63 F 85 H 14 AP 202
Tel: (601) 8034598
Bogotá - Colombia
javierzagarra@yahoo.com.br

Factura electrónica de venta
No. FE 152

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/10/2024, 21:33
Expedición	09/10/2024, 21:33
Vencimiento	08/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS COMO PEDIATRA DURANTE EL MES DE OCTUBRE DEL 2024.	228.00	92,329.00	21,051,012.00

Total items: 1

Total Bruto	21,051,012.00
Total a Pagar	21,051,012.00

Valor en Letras:
Veintiun millones cincuenta y un mil doce pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-11-08 por $ 21,051,012.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764079693473 aprobado en 20240917 prefijo FE desde el número 151 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: bf46a72fc7262a5b900126a870c1f14fa38592902321326bceb21085ddfd0ffcaaa810e26471c02edfe0e1e5e79bf230

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.095.213-0. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12560004		ZAGARRA ESCORCIA JAVIER JOAQUIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 63 F N° 85 H-14 APTO 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8034598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	958479145	9474689501	I	2024/10/02	2024/10/04	BANCO DAVIVIENDA	2	$7,820,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,224,000	$6,100	$0	$4,230,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$4,224,000	$6,100	$0	$4,230,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$584,700	$900	$0	$585,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$584,700	$900	$0	$585,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,000,000	$4,300	$0	$3,004,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$3,000,000	$4,300	$0	$3,004,300
TOTAL				**1**	**$7,808,700**	**$11,300**	**$0**	**$7,820,000**

2024/10/03 10:47 PM