Secretaría 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

OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.579.408
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1152 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 20.517.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 90.446.304		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 7.693.920
N° DE INFORME:	10	**N° CRP:**	13375	**N° CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	$ 4.445.376	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21081	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.429.536	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23994	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.916.608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28806	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.797.344	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32200	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 33.340.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36148	**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:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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 (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.
2	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equida.
3	Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalizacion partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHES de la Victoria y Materno Infantil.

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	Lidera el programa de parto humanizado, sexologia clinica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupcion Voluntaria del Embarazo IVE. Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos etadisticos, indicadores y registros.
6	Cumple con el codigo de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, asi como la socializacion y cumplimiento en la divulgacion de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institucion.
7	Realiza el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8	Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clinicas pára los analisis previos y con la SDS de pacientes con sifilis gestacional, VI, mortalidad materna , morbilñidad materna extrema.
9	Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial.
10	Garantiza la reserva y la custodio de los documentos de las pacientes.
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia
12	Portò el carnet instituciol de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales
13	Cumplò oportumente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067219029	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/10/2024	$ 579.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/10/2024	$ 741.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	9/10/2024	$ 113.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 1.434.500

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

Oscar Marroquin

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA
CC: 79579408
CEL: 3112323683

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA	CC:	79579408
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	omarroquin@orientame.org.co	TELÉFONO:	3112323683
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AVENIDA CALLE 147# 15-51	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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCO DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**006000867843**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1152 2024**	**Nº CDP:**	**146**	**Nº. RP:**	**13375**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 90.446.304**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 7.693.920**					
	SIETE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					

Oscar Marroquin

OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA
C.C 79579408
cel: 3112323683

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

OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79.579.408

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1152 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 90.446.304		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$7.693.920
N° PAGO / N° DE INFORME:	10 DE 10 MESES	**N° CRP INICIAL:**	13375	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067219029	**OPERADOR:**	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 4.445.376	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21081	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.429.536	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	23994	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.916.608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28806	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.797.344	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32200	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 33.340.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	36148	**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:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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)

N° 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 articulo 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 CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: JORGE EDUARDO CARO CARO CARGO: REFERENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA
NIT: 79579408-4
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
AV CL 147 15 51 IN 39, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3112323683
Email. osfemaor71@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764070720951 válida desde 2024-05-15 hasta 2024-11-15 rango desde FE241 hasta FE300.

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT :	900959051
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Tipo de negociación:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	30/11/2024
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FE246**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**17:58:59-05:00**
FECHA FIRMADO:	**09/10/2024 17:59:01**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
09	10	2024	30	11	2024

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	Servicios de salud Honorarios médico ginecólogo realizados del 1 al 31 de octubre de 2024 UHMES LA VICTORIA	WSD	90,00	$85.488,00				0,00	$7.693.920,00

Notas:

SON: (siete millones seiscientos noventa y tres mil novecientos veinte pesos)
CUFE: f624a6f5d3dcc0447fe07b679b0a4a9ded8b2eec4a493077ac3591253f1480c30a98bafd9aba4b0aa82e00b7195237e6

Subtotal:	$7.693.920,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$7.693.920,00

Firma Digital: atDzxrlHi0+hdA2XOxGrWHjSzDAsZNbrGXt+cHjxYwT0kdFFWtAGu7tJXIAXC8XL 2UgVfzCbcJct8dzxoz9+chRulO+dxnrYq51JFX6U8hT7fkrc5R fPANYA9ucp4D8W 9Db9LDKx85mg/3/jLChFJlw2sCfv3fQgr3pOKFOZpT49y5aW/mZPXymsbYTEjmiA rPl9gLXq6o7vbPfsROnLG3+v8q9Tt8DnHLG 862ATr2NsPNjbzqp1rFVrb2M0KiBM oZsVNQZrVkkefVl8aT25fHw3LBjVWWS3Z28cPUXKXDXA+gOycyl+OAbPathiifmB 0YlXeOCKxuSRV/sUEdRJ ZA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Simple

Información de la Planilla Guardada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha Creación Informe	2024-10-09, 5:51:26 PM
Fecha Guardada	2024-10-09, 03:11:54 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2024
Empresa	OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA
CEDULA CIUDADANIA	CC 79579408
Código Sucursal (Nombre)	
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067219029
Tipo de Planilla	I
Valor	$ 1.434.500

Nit	Código	Administradora	Afiliados	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 738.700	$ 3.200	$ 741.900
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 577.100	$ 2.500	$ 579.600
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	$ 112.500	$ 500	$ 113.000
			SubTotales:	$ 1.428.300	$ 6.200	
			Total a Pagar:			$ 1.434.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!