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

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	19.419.089

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL 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 1077 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 20.517.120**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 105.663.168**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 8.206.848**
Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP:**	13654	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**9**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**5**	**PRORROGAS**	**9**	
VALOR ADICIONADO	$ 8.035.872	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21024	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.497.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23929	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 13.165.152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.284.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32133	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 46.163.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36081	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
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

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

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	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de Cirugía general: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías que requieren intervención quirúrgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, con un alto nivel científico, ético y humano, de una 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	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada 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	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura organica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio
5	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
6	Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
8	Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
9	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su 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	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Utilice 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 daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .
13	como contratista respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
14	Apoye 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	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrada de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

16	participó en la programacion de actividades del servicio
17	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
18	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
19	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA: 79493364 27		OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	09-12-2024	$ 550.000
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	09-12-2024	$ 704.000
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	09-12-2024	$ 107.200
OTRO			
		TOTAL PAGADO	$ 1.361.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
d 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 certificacion
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

PABLO PINZÓN

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
CC: 19419089
CEL: 310 5621788

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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA	**CC:**	19419089
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	papinzoncge@yahoo.com	**TELÉFONO:**	3105621788
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 2 A # 18-34	**CIUDAD:**	Bogotá

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 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.

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:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	040255366

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1077 2024**	**N° CDP:**	**2622**	**N°. RP:**	**36081**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE MESES Y DIEZ DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO**
						$ 105.663.168

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 8.206.848**
	OCHO MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/C

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

CC 19419089

CEL 310 5621788

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-I A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	19.419.089

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL 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 1077 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 20.517.120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 105.663.168		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 8.206.848,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	13654	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	79449336421		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				5	9
VALOR ADICIONADO	$ 8.035.872	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21024	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.497.088	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	RP DE LA ADICIÓN:	23929	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 13.165.152	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28739	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.284.416	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32133	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 46.163.520	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36081	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX

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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19419089
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 2 A 18-34	TELÉFONO:	3332901
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7949336421	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1111557471

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 704.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 704.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 550.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 550.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 107.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 107.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.361.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.361.200**