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

JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.234.641.209**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1870 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**02/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.542.528**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN MES Y 29 DÍAS)**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 13.542.528**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 8.252.478**		
N° DE INFORME:	**1**	**N° CRP:**	6466	**N° CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**UN MES Y 29 DÍAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO GONZALEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	**26012383**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**S.C.A.R.E**		
FECHA DE LA PÓLIZA	**21/03/2024**	**FECHA DE APROBACIÓN:**	**21/03/2024**		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	Registro en los diferentes formatos de historia clinica de dinamica gerencial
2	Registro en los diferentes formatos de historia clinica de dinamica gerencial
3	No se presentaron quejas por parte de mis superiores.
4	Cuadros de programación de actividades firmados por la subgerencia de servicios de salud y registros de formatos en dinamica gerencial donde se
5	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales
6	Registro de historia clinica electronica en dinamica generencial y registros de entrega de turno
7	Registros de historia clinica en dinamica generencial, encuestas de satisfaccion de usuarios. Ausencia de quejas
8	Historia clinica en dinamica-fichas de notificacion a SIVIGILA en vigilancia epidemiologica y aplicativo de RUAF asi como descripcion en plan de manejo e indicaciones medicas
9	Registros en dinamica gerencial. En los casos que aplique respuesta a requerimientos urgentes
10	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales
11	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales
12	Reportes de tecnovigilancia y activos fijos.
13	Registro en los libros de ingreso a las Unidades hospitalarias
14	Reportes en mesa de ayuda o a los lideres de sede en las revistas administrtivas
15	Listas de asistencia. Documentos en aplicativo Almera
16	Listas de asistencia. Actas de reuniones
17	Listas de asistencia. Documentos en aplicativo Almera
18	Listas de asistencia
19	Registros en dinamica gerencial. En los casos que aplique respuesta a requerimientos urgentes
20	Registros de notas aclaratorias en dianmica gerencial. Respuesta a correos
21	aplicativo Almera
22	Historia clinica en dinamica y SIVIGILA

23	Informes de estadisticas vitales
24	Listas de asistencia
25	Registro de historia clinica de dinamica gerencial
26	Listas de asistencia a capacitaciones y actas
27	Reporte de novedades al correo electronico
28	Entregas de turno, reporte de novedades, actas
29	Actas de reunion y listas de asistencia
30	pagina web y hoja de vida entregada a la subred
31	Portar en carnet en una parte visible en la unidad. Minutas de la empresa de vigilancia. Registro de camaras de seguridad
32	Cuadros de programación de actividades firmados, registro en historia clinica, formato de entrega de turno
33	Registros en gestion del conocimiento

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9479761492	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	16/01/2025	$264.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/01/2025	$338.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/01/2025	$ 51.600
OTRO	N/A		
TOTAL PAGADO			**$ 654.800**

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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Juan Esteban Lozano

JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL
C.C. 1.234.641.209
CEL: 3214006790

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: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL	**C.C.**	1.234.641.209
		RUT(NIT):	141085446727
CORREO ELECTRÓNICO:	lozano.juanes587@gmail.com	**TELÉFONO:**	3214006790
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 6 # 46 - 91	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

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	0

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** 0	**NO** X

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	2742020468

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1870 2025	**N° CDP:**	1	**N°. RP:**	6466	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** UN MES Y 29 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	PS 3497 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		28/02/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 13.542.528
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 8.252.478 OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS					

Juan Esteban Lozano

JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL
C.C. 1.234.641.209
CEL: 3214006790

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
FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.234.641.209**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 1870 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**		**13.542.528**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.542.528		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 8.252.478
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	**N° CRP INICIAL:**	6466	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9479761492**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON - LIDER SAN BLAS		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION ( )	PRORROGA ( )
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	26012383	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		SCARE
FECHA DE LA PÓLIZA	21/03/2024	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		21/03/2024

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 02/01/2025 AL 31/01/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
CARGO: MEDICO GENERAL CODIGO 211 GRADO 31

NOMBRE Y FIRMA DE LA DIRECCION
YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
PERFIL: DIRECTORA TECNICA DE HOSPITALIZACION CODIGO 009 GRADO 05

en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234641209		JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL	INDEPENDIENTE	Principal	CARRERA 6 # 46-91 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214006790	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1199670480	9479761492	I	2025/01/07	2025/01/16	SCOTIABANK COLPATRIA	9	$658,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$2,116,020	$338,600			$2,116,020	$264,600			$0	$0			$2,116,020		$51,600		$0	$0		$654,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$2,116,020	$338,600			$2,116,020	$264,600			$0	$0			$2,116,020		$51,600		$0	$0		$654,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,116,020	$338,600			$2,116,020	$264,600			$0	$0			$2,116,020		$51,600		$0	$0		$654,800
1	CC	1234641209 LOZANO JUAN										X								25-14	30	$2,116,020	$338,600	EPS002	30	$2,116,020	$264,600		0	$0	$0	14-11	30	$2,116,020	2.436%	$51,600	0	$0	$0	No	$654,800
Total	**Afiliados(1)**																					$2,116,020	$338,600			$2,116,020	$264,600			$0	$0			$2,116,020		$51,600		$0	$0		$654,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234641209		JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL	INDEPENDIENTE	Principal	CARRERA 6 # 46-91 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214006790	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1199670480	9479761492	I	2025/01/07	2025/01/16	SCOTIABANK COLPATRIA	9	$658,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$338,600	$2,000	$0	$340,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$338,600	$2,000	$0	$340,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,600	$300	$0	$51,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$51,600	$300	$0	$51,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$264,600	$1,500	$0	$266,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$264,600	$1,500	$0	$266,100
TOTAL				1	$654,800	$3,800	$0	$658,600