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						
ALBERTO PAEZ GARCÍA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				79.654.838		
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 1655 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**75.229.440**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**75.229.440**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 16.926.624**
N° DE INFORME:	2		**N° CRP:**	4602	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES					

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(NUMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**	
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

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	
N° DE PÓLIZA:	123		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
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	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 cientifico, 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 cientifico, 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 clinica, 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 , morbilidad materna extrema.

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: (28/02/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALBERTO PAEZ GARCÍA	CC:	79654838
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	apaezgda2003@yahoo.com	TELÉFONO:	3202571531
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 117 72 A 60 APTO 601	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			
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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	001970113831

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 1655 2025	N° CDP:	1	N°. RP:	4602	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 75.229.440
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 16.926.624					
	DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE					

Alberto Paez

ALBERTO PAEZ GARCIA
C.C 79654838
cel: 3202571531

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	**ALBERTO PAEZ GARCÍA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79,654.838**				
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 1655 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				75.229.440
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.229.440		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 16.926.624
N° PAGO / N° DE INFORME:	(2 de 2)	**N° CRP INICIAL:**	4602	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7957631279		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO				

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:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO** **CARGO: LIDER HOSPITAL LA VICTORIA** **NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

ALBERTO PAEZ GARCIA

NIT: 79654838-9
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 56 A 148 36 AP 901, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 8076543

Autorización facturación electrónica No. 18764081942038 válida desde 2024-10-22 hasta 2025-04-22 rango desde FE130 hasta FE1000

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Dirección:	CR 34 3114, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura:	FE137
Fecha Emisión:	11/02/2025 08:17:40-05:00
Fecha Vencimiento:	10/03/2025
Moneda:	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	10/03/2025
Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HONORARIOS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA 1-28 DE FEBRERO DEL 2025..... PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION	WSD	198,00	$85.488,00				0,00	$16.926.624,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$16.926.624,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$16.926.624,00

CUFE:	0ea41544eb56409e9274d63b833ee58a4b7eb0ef05d8b029d19dc6ca473b98912da1960283825c9703bd134b5d01e249
Valor en letra:	(dieciseis millones novecientos veintiseis mil seiscientos veinticuatro pesos)

Firma Digital: RolqLa87B//qMn4y4OGxmBRnDJUFsLPYXyylHDEM+PKwPfpi+6aSXil+eFDXTf6S
KX4w6Q+nShWXfNPKVDg0kQLFhAxNtmS1xUZONI4QIAZ7ivh23M
j1LUdZrbV1/7n6 Z+GlIDdpIfaOdMZdwnDG2XgbZhTBBBvXrfMxOAwNu2LZmxsM4sppHVayEX6B5Bbi AyNemcKOEa3l30w7x9bToWGZ3O7hwHVnTB5
StQIDsSB2DhpdENt+wBodYBjdsxvi Y/i2l2FjkjlgwFsB1duoCByAWmZekI3x1ru5SH4NyeZw06WWZu5xgE9k+kCfB1ud SPqcxY97ancDQxY8Nrdy
Hw==

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79654838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBERTO PAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRSV. 3 N. 48A 52 202	TELÉFONO:	2451409
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7957631279		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/01/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1210024685

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.648.700	$ 0	$ 0	$ 51.600	$ 51.600	$ 0	$ 0	$ 1.751.900	$ 0	$ 1.751.900
SUBTOTALES:										$ 1.751.900	$ 0	$ 1.751.900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.268.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.268.000	$ 0	$ 0	$ 1.268.000
SUBTOTALES:													$ 1.268.000	$ 0	$ 0	$ 1.268.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 251.100	$ 251.100	$ 0	$ 0	$ 251.100	
SUBTOTALES:									$ 251.100	$ 0	$ 0	$ 251.100	

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP				CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79654838	PAEZ GARCIA ALBERTO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 10.304.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 10.304.000	$ 1.648.700	$ 51.600	$ 51.600	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.751.900	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 10.304.000	$ 1.268.000	$ 0	$ 1.268.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.304.000		$ 251.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 3.291.000

Planilla Pagada