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**

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 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	**$**	**13.542.528**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**23.064.618**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.771.264**
N° DE INFORME:	(2 de 2)		**N° CRP:**	6466	**N° CDP:**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	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:**	
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**
N° DE PÓLIZA:	26012383		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		SCARE
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, 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	Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia 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	Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
4	Informo 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	No diligencio 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	Respeto 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	Realizo 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	Emito conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.

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:	9481052813	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	10/02/2025	$ 414.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/02/2025	$ 530.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/02/2025	$ 80.800
OTRO	N/A		$ 0
	TOTAL PAGADO		$ 1.024.900

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL	**CC:**	1234641209
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	lozano.juanes587@gmail.com	**TELÉFONO:**	TEL 3214006790
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 6 # 46 - 91	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

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

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 (X)

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

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1870 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6466**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**
						DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**
						$ 23.064.618
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 6.771.264**					
	SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/C					

Juan Esteban Lozano.

JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL
1234641209
TEL 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:	$ 22.994.084		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.771.264**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(2 de 2)	**N° CRP INICIAL:**	6466	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**7956852357**		**SOI**		
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				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.451.556	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	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:**	
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:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

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** **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**

aportes 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		LOZANO ESQUIVEL JUAN ESTEBAN	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
2025-01	2025-01	1256143962	9481052813	I	2025/02/05	2025/02/10	SCOTIABANK COLPATRIA	5	$1,024,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$3,301,000	$528,200			$3,301,000	$412,700			$0	$0			$3,301,000		$80,500		$0	$0		$1,021,400
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$3,301,000	$528,200			$3,301,000	$412,700			$0	$0			$3,301,000		$80,500		$0	$0		$1,021,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$3,301,000	$528,200			$3,301,000	$412,700			$0	$0			$3,301,000		$80,500		$0	$0		$1,021,400
1	CC	1234641209 LOZANO JUAN								X		X								25-14	30	$3,301,000	$528,200	EPS002	30	$3,301,000	$412,700		0	$0	$0	14-11	30	$3,301,000	2.436%	$80,500	0	$0	$0	No	$1,021,400
Total		**Afiliados(1)**																				$3,301,000	$528,200			$3,301,000	$412,700			$0	$0			$3,301,000		$80,500		$0	$0		$1,021,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234641209		LOZANO ESQUIVEL JUAN ESTEBAN	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
2025-01	2025-01	1256143962	9481052813	I	2025/02/05	2025/02/10	SCOTIABANK COLPATRIA	5	$1,024,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$528,200	$1,800	$0	$530,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$528,200	$1,800	$0	$530,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,500	$300	$0	$80,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$80,500	$300	$0	$80,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$412,700	$1,400	$0	$414,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$412,700	$1,400	$0	$414,100
TOTAL				1	$1,021,400	$3,500	$0	$1,024,900

2025/02/10 10:08 AM