

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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 JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.851.126		
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ANESTESIOLOGO 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 1821 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
2/01/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 55.200.000		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 55.200.000		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
6426				Nº CDP:	
1					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		0		PRORROGAS	
0					
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
N/A				N/A	
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 Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro 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, 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 cobertura 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 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, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, episuris u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.					
9 Diligencio 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 auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.					
10 Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.					
11 Utilizo 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 Reporto al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.					
13 Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.					
14 Apoyo 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 Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.					
16 Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.					
17 Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.					
18 Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.					
19 Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.					
20 Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.					
21 Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.					
22 Agilizo las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.					
23 Cumplimiento oportuno de las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.					
24 Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.					
25 Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9480982027		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANTAS		29/01/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		29/01/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		29/01/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 2.626.400	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scocp 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)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
Jhon Elixander Bautista Sanchez C.P. 80851126 TEL: 3132637718					

		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: (28/02/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ			CC:	80851126
CORREO ELECTRÓNICO:	JOHNBAUTISTAS@YAHOO.COM			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 77B 116B 42 IN 1 TO 3 AP 903			TELÉFONO:	3108843316
				CIUDAD:	BOGOTA
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 párrafo 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:			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO BOGOTA				244184834
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1821 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6426
					TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 82800000
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	S 2.760.000				
DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE					
					
JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ					
80851126					
3108843316					

		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					
JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80.851.126					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ANESTESIOLOGO 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 1821 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 82.800.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.760.000	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2 DE 2		Nº CRP INICIAL: 6426	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9480982027		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION HOSPITALIZACION			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
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:	
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)					
Nº 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 cláusula "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:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

5d6f1660880defcda47e9b588fd145ab918bd88cf427f57ea20cab625c2399529f84e46dc6c3cf8787b286e9ce2912e0

Número de Factura: HM-118

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 12/02/2025

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 28/02/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER|13

Nombre Comercial: BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER

Nit del Emisor: 80851126

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: O-47

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ -

Dirección: DG 77 B 116 B 42 IN 1 TO 3 AP 903

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3108843316

Correo: johnbautistas@yahoo.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. / SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-13

Dirección: Diagonal 34 # 5 - 43

Responsabilidad tributaria: ZZ -

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85101706	Horas laboradas como médico anestesiólogo	HUR	24,00	\$ 115.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.760.000,00

Notas Finales

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION. FAVOR NO APLICAR RETEFUENTE NI RETEICA.

80851126_01_PRI_REF_9

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
12/02/2025 13:41:53
Documento validado por la
DIAN:
12/02/2025 13:41:54
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	2760000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2760000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	2760000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2760000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	2.760.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2.760.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	2.760.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2.760.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764086694604 Rango desde: 115 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-07-03

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 80851126		BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DC 77 B 116 B-42 INT 1 TORRE 3 APTO 903	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION						
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago
	Salud	Pago		Planilla	Limite	
2025-01	2025-01	1226353342		9480982027	2025/02/07	2025/01/29
			I			BANCO DAVIVIENDA
						Dias Mora
						0
						Valor
						\$2,626,400

RESUMEN DE PAGO						
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA
					SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,398,100	\$0
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,398,100	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,400	\$0
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$200,400	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,027,900	\$0
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$1,027,900	\$0
TOTAL				1	\$2,626,400	\$0