 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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 CHARLES CALVO SUAREZ			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		700.191.401	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 1899 2025	FECHA INICIO CONTRATO
		2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 17.439.552	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
		UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES		S 28.723.968	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:
		S 8.206.848	
Nº DE INFORME:		Nº CRP:	Nº CDP:
3 DE 3		6489	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL VICTORIA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SAUL ARDILA DURAN - MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACION	ADICIONES	PRORROGAS
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:
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:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:	
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)			
ITEM	Descripción de la actividad realizada.		
1	Realizó 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, pél 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 orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales		
4	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se ofreció el servicio		
5	Informo 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	Llevo 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	Respeto 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, peritajes u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.		
9	Diligencia 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 la establecida en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respetando 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	Utilizó de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades centradas y responderá por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos		
12	Garantizo 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 centradas		
13	como contratista respondí por la seguridad de los equipos que se encuentran 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	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enumeradas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.		
16	participé en la programación de actividades del servicio		
17	Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio		

18	Ayudó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
19	Participo en la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandan el servicio.
20	Porte el carnet institucional de la SURRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84942514	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/03/2025	S 1.440.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/03/2025	S 1.959.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/03/2025	S 280.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			S 3.681.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

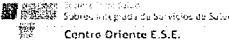
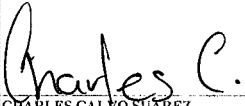
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el HIC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 4.- Que autoricé los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

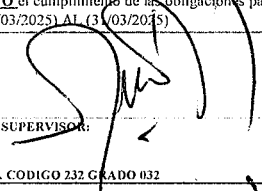

VII. ANEXOS

(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

Charles C.
CHARLES CASO SUAREZ
 C 700.191.401
 CEL: 3024463077

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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: (31/03/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CHARLES CALVO SUAREZ	CC:	700191401
CORREO ELECTRÓNICO:	CDCA1922@AHOOLES	RUT (NIT):	700191401
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 103B 152C 64	TELÉFONO:	3024463077
		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 (X) NO ()
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	735214934
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 1899 2025	Nº CDP:	1
		Nº. RP:	6489
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	
		DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	28 DE FEBRERO DE 2025
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	
		S 28.723.968	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	8.206.848	
	OCHO MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE		
 CHARLES CALVO SUAREZ 700191401 3024463077			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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		CHARLES CALVO SUAREZ	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		706.191.401	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 1899 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.439.552		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.723.968	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.206.848
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 DE 3	Nº CRP INICIAL:	6489
Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84942514	OPERADOR:	MII PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN - MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - 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:
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. PÓLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA
FECHA DE LA PÓLIZA:	03/03/2025	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>			
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 presento 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 cargo en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mas 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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:  SAUL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032		
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR HOSPITALARIO:  YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05		



CHARLES CALVO SUAREZ
 NIT 700.191.401-8
 CARRERA 103 B 152 C 64
 Tel: (031) 3024463077
 Bogotá - Colombia
 chcalvo72@yahoo.es



Factura electrónica de venta
 No. CCS 77

Señores SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
 NIT 900.959.051-7 Teléfono (601) 3078181 - Ext. 000
 Dirección DG 34 5 43 Ciudad Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura
 Generación 11/03/2025, 18:58
 Expedición 11/03/2025, 18:58
 Vencimiento 11/03/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Servicio de Cirugía General y Consulta Externa	96,00	85,488.00	8,206,848.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
 Ocho millones doscientos seis mil ochocientos cuarenta y ocho pesos m/cte

Forma de pago:
 Contado

Medio de pago:
 Consignación bancaria - Consignación \$ 8,206,848.00

Observaciones:
 Favor consignar a la CUENTA DE AHORROS N.º 0735214934 del banco BBVA COLOMBIA
 Honorarios correspondientes al mes de MARZO de 2025.
 CONTRIBUYENTE PERTENECE AL RST RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN POR FAVOR NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE NI RETENCIÓN DE ICA

Total Bruto	8,206,848.00
Total a Pagar	8,206,848.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764087247983 aprobado en 20250116 prefijo CCS desde el número 70 al 100 Vigencia: 6 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica. sin internación Tarifa 9.66 X1000
 CUIFE: d553b17ad11fb741c5c85092d995d1025ae43ebfd0f182cc44c5d49d742d0b56550cc2526b977831345edcd7ac273a56

Fabricante: Servicios y Tecnología Sijigo SAS - NIT: 830.046.115.03 - Nombre: Empresa Sijigo S.A.S. Form. Electrónica: ver en el PDF

