		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 GREGORIO DAVID ZAPATA LLERENA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.012.415.988		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1878 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
2/01/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 15.517.480		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y VENTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 54.099.578		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 9.098.886	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
				6472	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VENTINUEVE (29) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			JORGE EDUARDO CARO CARO - LIDER HOSPITAL LA VICTORIA		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 10.368.498		CRP DE LA ADICIÓN:	
				666	
VALOR ADICIONADO		\$ 10.086.362		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1002	
VALOR ADICIONADO		\$ 18.127.238		CRP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NA	
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	Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente				
2	Brindar una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada.				
3	Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.				
4	Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido				
5	Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.				
6	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.				
7	Respetar los derechos del paciente, cumplir el codigo de Etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion				
8	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.				
9	Emitir conceptos medicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clinica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados				
10	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.				
11	Garantizar la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos				
12	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos.				
13	Reportar al Area de Recursos fisicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.				
14	Participar activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad				

15	Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	Participar en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
18	Participar en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
19	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de conciliacion por parte de EPS-S-EAPB
20	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion
21	Participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
22	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica
24	Instruir a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
25	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
26	Facilitar las labores de supervision que la SUBRED, realice en forma directa por la subdireccion de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a traves de terceros.
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la Oficina de garantia de Calidad.
28	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor.
29	Apoyar en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas.
30	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades
31	Las demas asignadas por la supervision del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85753925	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	10/04/2025	\$ 476.200
PENSIÓN:	PORVENIR	10/04/2025	\$ 609.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/04/2025	\$ 92.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.178.500

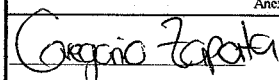
VI DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

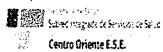
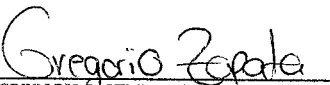
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibo se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor 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 scop 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.

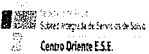
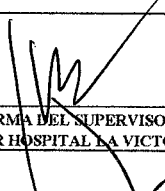
VII ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente


 GREGORIO DAVID ZAPATA LLERENA
 CC:1012415988
 CEL:3003582382

		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: (30/04/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GREGORIO DAVID ZAPATA LLERENA		CC:	1012415988	
CORREO ELECTRÓNICO:	gzapata@uan.edu.co		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 44 7 63		TELÉFONO:	3003582382	
			CIUDAD:	BOGOTÁ DC	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta 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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					91211172903
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1878 2025	Nº CDP:		Nº. RP:	
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VENTINUEVE (29) DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$4.099.578
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 9.098.886 NUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE				
 GREGORIO DAVID ZAPATA LLERENA C.C 1012415988 cel: 3003582382					

		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			GREGORIO DAVID ZAPATA LLERENA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.012.415.988		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1878 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.517.480				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	54.099.578	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	9.098.886
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(4 de 4)	Nº CRP INICIAL:	6274	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VENTINUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85753925	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO - LIDER HOSPITAL LA VICTORIA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 10.368.498	CDP DE LA ADICIÓN:	666	RP DE LA ADICIÓN:	11234
VALOR ADICIONADO	\$ 10.086.362	CDP DE LA ADICIÓN:	1002	RP DE LA ADICIÓN:	12137
VALOR ADICIONADO	\$ 18.127.238	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE OUE 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 30 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025) AL (30/04/2025)					
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 DE SERVICIOS HOSPITALARIOS			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1012415988	GREGORIO DAVID ZAPATA LLERENA	Calle 44 # 7 - 63	3003582382	grzapata@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-03	2025-03	1	10/04/2025	35753925	\$1.176.500
					TOTAL A PAGAR
					\$1.176.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Total a Pagar
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	90008709-2	476.200	0		0		0	476.200
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Total a Pagar
230301	Porvenir	200224808-8	609.500	0	0	0	0	0	609.500
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Valor	Valor Neto	Valor FSP - Cotización	Total a Pagar
14-11	ARL SURA	880903790-5	92.800	0	0	0	92.800	0	92.800
									1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	476.200	476.200
Pensión	1	609.500	609.500
Riesgos Laborales	1	92.800	92.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.176.500	1.176.500