SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN MANUEL NARVEZ MENDEZ

CON C.C Nº	79.861.112
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1619 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**6.485.890**	**No. HORAS EJECUTADAS**	178
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**110.799.220**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 17.179.670**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (07) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

ITEM	II. 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	realizar actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de la patologia establecidos dentro del plan de atencion de su especialidad
2	llevar registro de la atencion de la atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion
3	cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica
4	participar en la programacion de actividades del area
5	reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
6	realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera
7	notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio participar en los analisis a los que sea convocado e implemetar las acciones de mejora definidas para el servicio
8	impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente
9	diligenciar en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integridad
10	diligenciar el consentimiento informadoacorde con la atencion brindada
11	practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion
12	informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion
13	emtir conceptos medicos que se le requieran

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	87345198	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	**ALIANSALUD**	11/06/2025	**$ 1.088.800**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	11/06/2025	**$ 1.480.900**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	11/06/2025	**$ 212.300**
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			**$ 2.782.000**

V. 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 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.

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

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Juan Manuel Narvez **JUAN MANUEL NARVEZ MENDEZ** **CC No 79861112**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **DRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	7/2/25 **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ	**CC:**	79861112
CORREO ELECTRÓNICO:	juanmanarvaez7@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108683561
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 83 A No 114 - 90	**CIUDAD:**	BOGOTA DC

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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 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.

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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**570004870469287**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1619 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**17.469.215**	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025	**110799220**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	17.179.670			

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ
C.C.79861112
Cel: 3108683561

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

NIT: 79861112-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
Calle 83 A No. 114-90 et. 3 Ca 14, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3108683561
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764094083736 válida desde 2025-06-06 hasta 2025-12-06 rango desde FE187 hasta FE400

DATOS DEL CLIENTE	
	900959051
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
	3444484
	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
	FE187
	12/06/2025 09:45:48-05:00
	COP Colombia, Pesos
	Contado
	Otro
	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos NOM.	Impuestos % o VAL	Impuestos MONTO	Dcto.	Total
1	001	SERVICIOS PROFESIONALES Prestación de servicios como Médico Internista	HUR	178,00	$96.515,00				0,00	$17.179.670,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe		
					$17.179.670,00
					$0,00
					$0,00
					$17.179.670,00

	ca3bf7655993645e53373d83f0100696124c5872bdb6dd7adc57760498032bcef3851bd27d268f19099bb8c8d2a37bae
	(diecisiete millones ciento setenta y nueve mil seiscientos setenta pesos)

Firma Digital: BWQi2BP9z2XobTnVK3HUDoJoKD2WrZvNOclSfmWbrdWt+L5QHMATZgjlh8okbqM3
CB2FzbzVOEmyr6dESRafZm3S/058e8x5Tj3JujfbyH06NKO5ku
qakYvkpv8V1AU3 GAXVyQLnY2OpCcDL2cfY1qMYE5BpuvhkmtbhAvnauTlAZCDD3l1dGcn5kQ6OvKlB Ya6DpeMJWHo5hblb7SMPWLSiZC8+13XnkMu
pwK7oeqAYsBZgdqxDLRcFvfx5BmFJ nAQ7a/XJpnf0B/i0lu0+IsAaFADxxuFsnKy7ROdbo8PE9j9zrloZ2oT0QXmXLw6H 0CDYG/CDhArtQiwrkkPq
+w==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ	Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com	
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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87345198	$2.782.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	1.084.600	0		0		0	6	4.200	0	1.088.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.388.300	0	0	43.400	43.400	6	5.400	400	1.480.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	211.400				211.400	6	900	212.300			2.114	212.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.084.600	1.088.800
Pensión	1	1.475.100	1.480.900
Riesgos Laborales	1	211.400	212.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.771.100	2.782.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CamScanner