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
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDRES GILBERTO CORREA RESTREPO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.785.300

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA 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 1713 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**75.229.440**	**No. HORAS EJECUTADAS**	258	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**119.512.224**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**22.055.904**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN - MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032				

ITEM	**II. 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	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de ortopedia: Estudiar, diagnosticar y tratar patología y urgencias que afecten los vasos periféricos, aorta y carótidas. 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 humanizado, 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	Informó 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.
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	Respetó 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
7	Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
8	Diligencie 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 auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
9	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10	Utilice 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 imdecuada manipulación de los mismos.
11	Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
12	El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.
13	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
14	participó en la programación de actividades del servicio.
15	Preste el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
16	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
17	Informe oportunamente al supervisar del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
18	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
19	Preste el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

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 período del (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**87280511**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	10/06/2025	$ 1.657.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/06/2025	$ 2.253.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/06/2025	$ 323.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 4.233.900

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	ANDRES GILBERTO CORREA RESTREPO CC No 79785300
FIRMA DE QUIEN VALIDA	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	SAUL ARDILA DURAN 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: 6
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/06/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES GILBERTO CORREA RESTREPO	**CC:**	79785300
CORREO ELECTRÓNICO:	DR.ANDRESCORREA@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3173678697
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79 128 67 U6 TO 6 AP 101	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**570008670315566**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1713 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**		**$**	**17.952.480,00**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/08/2025**	**$**	**119.512.224**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025**				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	**$**				**22.055.904**



ANDRES GILBERTO CORREA RESTREPO
79785300
3173678697

Dr. ANDRES GILBERTO CORREA RESTREPO **NIT** 79785300	Resolución DIAN No. 18764089354558 del 2025-02-24 RANGO ACFE 1 A ACFE 1000 VIGENCIA DE 24 MESES MODALIDAD ELECTRÓNICA (Esta factura de venta es un titulo valor Ley 1231 de Julio 17 de 2008. El pago no oportuno de esta factura causara intereses de mora por mes a la tasa máxima vigente) *No responsables de IVA- Actividad Económica 8621- Actividades de la practica medica sin Actividad Económica 205, tarifa 3.5 x mil* **FACTURA DE VENTA NO. - ACFE 15** **FECHA Y HORA DE LA FACTURA:**2025-06-07 19:17:14

DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DOCUMENTO: NIT 900959051-7
CONVENIO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
DIRECCION: DIAGONAL 34 3 14
TELEFONO: 6013444484
CIUDAD: BOGOTA-COLOMBIA

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN DIAN:	FECHA DE VENCIMIENTO:
2025-06-07 19:17:17	2025-06-06

FORMA DE PAGO:

CREDITO - CXC

CANTIDAD	DESCRIPCION	VLR. UNITARIO	VLR. TOTAL
258.00	PRESTACION DE SERVICIOS COD.	85,488.00	22,055,904.00

CODIGO QR	RECIBIDA Y ACEPTADA	FIRMA AUTORIZADA:
	POR:	

SUBTOTAL:	22,055,904.00
IVA:	0.00
OTROS DESCUENTOS:	0.00
RTE. FTE.:	0.00
RTE. ICA:	0.00
SALDO PENDIENTE DE PAGO:	22,055,904.00
GRAN TOTAL:	22,055,904.00

Cufe: 4ce7b14c0d3eb047e692299e7fee57198be39f3a626155b8de7b6ac3fe187b3edf3bd0f67577715088150d9ade211bac

SON: Veintidos Millones Cincuenta y Cinco Mil Novecientos Cuatro Pesos M/CTE.

OBSERVACIONES: 258 HORAS PRESTACION DE SERVICIOS MES DE JUNIO 2025

FECHA Y HORA IMPRESION: 2025-06-07 19:17:18

IMPRESO POR:

Factura generada por Medifolios- software MotionWare SAS NIT: 900531730

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	79785300	ANDRES GILBERTO CORREA RESTREPO	CRA79#128-67	6015711806	andresortho@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	10/06/2025	87280511	$4.233.900	

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	1.650.700	0		0		0	6	6.400	0	1.657.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.112.800	0	0	66.100	66.100	6	8.200	600	2.253.800	

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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	321.700				321.700	6	1.600	323.000			3.217	323.000	

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	1.650.700	1.657.100
Pensión	1	2.245.000	2.253.800
Riesgos Laborales	1	321.700	323.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.217.400	4.233.900

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