Espacio para Logo Corporativo

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
NIT 12.560.004-
CL 63 F 85 H 14 AP 202
Tel: (601) 8034598
Bogotá - Colombia
javierzagarra@yahoo.com.br

Factura electrónica de venta
No. FE 174

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	12/08/2025, 21:25
Expedición	12/08/2025, 21:25
Vencimiento	11/09/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS COMO PEDIATRA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2025.	222.00	92,329.00	20,497,038.00

Total items: 1

Total Bruto	20,497,038.00
Total a Pagar	20,497,038.00

Valor en Letras:
Veinte millones cuatrocientos noventa y siete mil treinta y ocho pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-09-11 por $ 20,497,038.00

Observaciones:

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 18764090543197 aprobado en 20250315 prefijo FE desde el número 164 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: c8d710b77fbe3718c3c63315e234a5704b3a9a3c04baf68fe2cdcf3ce0ae2b816aa3bee69eaeaeba4de38e6b00e8d7ff

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12560004		ZAGARRA ESCORCIA JAVIER JOAQUIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 63 F N° 85 H-14 APTO 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8034598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1678698146	9490015840	I	2025/08/04	2025/08/05	BANCO DAVIVIENDA	1	$7,717,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	12560004	ZAGARRA ESCORCIA JAVIER JOAQUIN	25-14	30	$24,000,000	$4,128,000	EPS005	30	$24,000,000	$3,000,000		0	$0	$0	14-11	30	$24,000,000	$584,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$24,000,000	$4,128,000			$24,000,000	$3,000,000			$0	$0			$24,000,000	$584,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,128,000	$2,800	$0	$4,130,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$4,128,000	$2,800	$0	$4,130,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$584,700	$400	$0	$585,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$584,700	$400	$0	$585,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,000,000	$1,900	$0	$3,001,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$3,000,000	$1,900	$0	$3,001,900
TOTAL				1	$7,712,700	$5,100	$0	$7,717,800

2025/08/04 10:04 PM

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA**			**CC:**	**12560004**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JAVIERZAGARRA@YAHOO.COM.BR**			**TELÉFONO:**	**3103492706**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 63F N° 85H - 14 APTO 202**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8380332687**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1801 2025**	**N° CDP:**	**2526**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 20.497.038**					

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
PS_1801_2025_1E8AD5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
CC: 12560004
CEL: 3103492706

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 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			
JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA			
	CON C.C N°	**12.560.004**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1801 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 81.249.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**222**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 199.430.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 20.497.038
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		

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-REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE.2-BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION.3-REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 4-INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 5-DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA 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. 6-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.7- 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.8- EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS.9-DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA 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 LA FIRMA.10- GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS. 11- UTILIZAR 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 REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA.12 REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES.13 EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CUSTODIA.14-APOYAR 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.15- PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EAPB.16-NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE Y APOYAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.17-REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

18-APOYAR LAS 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.19-INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD.20-ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.21-INFORMAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 22-FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS.23-CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE CALIDAD.24-ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF.25-PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.26-PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.27-PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CASOS TENDIENTES A RESOLVER CAUSAS Y SOLUCIONES A PROBLEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD RELACIONADOS CON ESTA.

1	

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490015840	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/05	$ 3.000.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/05	$ 4.128.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/05	$ 584.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 7.712.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA* *PS_1801_2025_1E8AD5* **JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA** **CC: 12560004**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1801_2025_1E8AD5* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1801_2025_1E8AD5* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**