

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ			CC:	79791793
CORREO ELECTRÓNICO:	LJAIMEFER@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3006036661
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 187 BIS N° 20A - 65 APTO 112			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102627858
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1616 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 13.384.700	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ PS_1616_2025_7AD2C2 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ CC: 79791793 CEL: 3006036661					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ

CON C.C N° 79.791.793

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TOXICOLOGO 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 1616 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 53.538.800	No. HORAS EJECUTADAS	140
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 133.847.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 13.384.700
--	----------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Medicina Interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpro oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 80435882		OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR	2025/10/14	\$ 669.300
PENSIÓN:		SKANDIA	2025/10/14	\$ 856.700
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	\$ 130.500
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 1.656.500

- 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	 JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ PS_1616_2025_7AD2C2 JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ CC: 79791793
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1616_2025_7AD2C2 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS PS_1616_2025_7AD2C2 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-10-14, 06:04:17 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2025
Empresa	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79791793
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	80435882
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1849473878
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	\$ 1.656.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	\$ 856.700	\$ 0
N860066942	EPS009	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 669.300	\$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 130.500	\$ 0
SubTotales:				\$ 1.656.500	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 1.656.500



los de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por
1. PS 1616 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf		1. PS 1616 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
2. PS 1616 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf		2. PS 1616 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
3. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf		3. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
4. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Documentos de ejecución del contrato	4. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
5. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf		5. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
6. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf		6. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
1 PS 1616 2025 CRP-6261.pdf		1 PS 1616 2025 CRP-6261.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
2 PS 1616 2025 CRP-15203.pdf		2 PS 1616 2025 CRP-15203.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR PS 1616 2025 16-07-2025.pdf		COMUNICACION SUPERVISOR PS 1616 2025 16-07-2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
3 PS 1616 2025 CRP-18859.pdf		3 PS 1616 2025 CRP-18859.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1616 2025.pdf		COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1616 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar Detalle
9. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf		9. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Detalle Descargar Detalle
8. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf		8. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Detalle Descargar Detalle
7. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf		7. PS 1616 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor Detalle Descargar Detalle

Espacio para
Logo Corporativo

JAIME FERNANDO LA ROTA
HERNANDEZ
NIT 79.791.793-2
CL 187 BIS 20 A 65 AP 112
Tel: 3006036661
Bogotá - Colombia
lj Jaimefer@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. JLRH 72

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3023290575 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/10/2025, 16:28
Expedición	22/10/2025, 16:28
Vencimiento	22/10/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Servicios de médico especialista en Toxicología Clínica	140.00	13,384,700.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Trece millones trescientos ochenta y cuatro mil setecientos pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 13,384,700.00

Observaciones:

Total Bruto	13,384,700.00
Total a Pagar	13,384,700.00

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

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 18764093027012 aprobado en 20250509 prefijo JLRH desde el número 62 al 5000 Vigencia: 6 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 - Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 44c39855bb3a325462c1202bfc47983ba99bf79501ba895bb19910058f19b5bb4a6e1f858135685706fce67dd71b7097