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

CÓDIGO: AP-IA-FT-077

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

VICTOR ALFONSO LÓPEZ DIAZ

CON C.C N°: 5.874.977

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2048 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$103.253.400		No. HORAS EJECUTADAS	216	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$153.732.840			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 20.650.680
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 MESES 28 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ CC 80820214 MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			

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 especificas realizadas durante el mes)
1	1. realicé las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente
2	2.ejecuté un total de 258 horas de servicio en el mes de mayo, de las cuales 72 fueron en La Victoria y 186 en San Blas.
3	3. brinde una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y
4	4. presté los servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y
5	5. realicé las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
6	6. informé 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
7	7. lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros
8	8. respeté 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.
9	9. realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
10	10. emiti conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que san solicitados
11	11. diligenciè 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
12	12. garanticé la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos
13	13. 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
14	14. reporté al area de recursos fisicos - activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales
15	15. participé activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion seguridad del paciente y demas
16	16. participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
17	17. participé en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
18	18. apoyé a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
19	19. participé 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
20	20. presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb
21	21. notifiqué los sucesos de segundad que se presenten durante el proceso de atencion
22	22. participé en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
23	23. reporté los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
24	24. desarrollé 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
25	25. instruí a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
26	26. informé al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
27	27. cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
28	28. acreditè el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contralo, requisito indispensable para generar cada pago a su
29	29. apoyé en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
30	30. cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion, en los casos de novedades informar con anticipacion
31	31. las demas asignadas por la supervision del contrato.
32	32. coordiné el area de urgencias de manera integral y cientifica
33	33. ejecuté, desde lo asistencial, diagnosticar, tratar, y segun la patologia ya sea medica, quirurgica, traumatica, obstetrica, tanto en adultos como en pacientes pediatricos, definir
34	34. realicé cualquier procedimiento inherente a su especialidad y monitorizar a su paciente en la sala de urgencias.
35	35. creé, estructuré y apalanqué el desarrollo de una unidad de urgencias, teniendo en cuenta el marco legal vigente y los requerimientos tecnicos y tecnologicos necesarios para el
36	36. cumplí e hice cumplir los lineamientos implementados desde la direccion de urgencias. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente
37	37. ejecuté 216 horas durante el mes de Junio de 2025, 108 horas en San Blas y 108 en La Victoria, la planilla pagada por el mes de mayo corresponde a $1,233,400 por salud, $1,677,500 por pensión y $240,400 por riesgos laborales, para un total de la planilla de $3,151,300
38	38. envié el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
39	39. gestioné la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

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 adjunta 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:	87342165	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS EPS	11/06/2025	$ 1.233.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/06/2025	$ 1.677.500
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	11/06/2025	$ 240.400
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 3.151.300

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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 y o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Victor Lopez VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ CC 5874977
FIRMA DE QUIEN VALIDA	PIP FCM CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ CC 80820214 MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32 SUPERVISOR CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	FCM FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 13906500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05

Secretaría de Salud de Bogotá 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: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	VICTOR ALFONSO LÓPEZ DÍAZ	CC:	5874977
CORREO ELECTRÓNICO:	vitoke198533@gmail.com	TELÉFONO:	3045894252
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 9 SUR # 2-32	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C

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 (X)	0

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**	Nº CUENTA:	**37265083600**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 2048 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$	20.650.680,00
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025			

Victor Lopez

VICTOR ALFONSO LÓPEZ DÍAZ
CEDULA 5874977
CELULAR 3045894252

VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ

NIT 5874977 - 9
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764086897328 del 08/01/2025 al 08/07/2025
Habilita numeración de:
FE-22 al FE-100
Régimen: No responsable de IVA
Responsabilidad fiscal:
O-47 Régimen simple de tributación

CALLE 9 SUR 2 32

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

NIT 5.874.977-9 RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
RESPONSABILIDAD 47
CL 9 SUR 2 32 BRR LA MARIA
VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ
Autorización de numeración de facturación electrónica
No.18764086897328 del 16/01/2025 al 08/07/2025

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900959051 - 7
Dirección: DIAGONAL 34 No 5-43
Codigo Cliente 01
Teléfono: 3444484
Dirección Despacho:
Contacto:
Ciudad: Bogotá, D.C
Departamento: Bogotá
País: Colombia

Factura Electronica de Venta No. FE35
Fecha de emisión: 11/06/2025 11:28:48 AM
Fecha de validación DIAN: 11/06/2025 11:33:35 AM
Fecha de vencimiento: 11/06/2025
Plazo (Días): 0
Codigo de Moneda COP
Tasa de Cambio
Orden de Compra
Remisión
Pedido
Asesor VICTOR LOPEZ
Aviso de Recibo

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E SEGÚN CONTRATO - OPS: PS 2048 2025. PERIODO FACTURADO 01 AL 30 DE JUNIO DE 2025	216,00	unidad	COP 95,605.00	COP 0.00			COP 20,650,680.00

Total de items: 1
Observaciones
POR FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES EN LA FUENTE PORQUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario

FORMA DE PAGO: CONTADO
MEDIO DE PAGO : DÉBITO AHORRO
Favor realizar el pago del presente documento a la cuenta de ahorros No. 372-650-836-00 de Bancolombia

Subtotal:	COP 20,650,680.00

Impuestos:	COP 0.00
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 20,650,680.00
Neto a pagar	COP 20,650,680.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE 12fb50f50f2d9a34400437dd8d4222bd0041e94bb2c73da6ba9263630658a2d78c6866a9392517d38781667bb5ba163f

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	5874977	VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ		CL 9 SUR 2-32	3045894252	victoke198533@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87342165	$3.151.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.233.400	0		0		0	0	0	0	1.233.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	1.578.700	0	0	49.400	49.400	0	0		1.677.500	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	240.400				240.400	0	0	240.400			2.404	240.400	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	1.233.400	1.233.400
Pensión	1	1.677.500	1.677.500
Riesgos Laborales	1	240.400	240.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.151.300	3.151.300

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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5874977	VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ	CL 9 SUR 2-32	3045894252	victor198533@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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD - EMPLEADOS / UPC
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87342165	$3,151,300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	5874977	LOPEZ DIAZ VICTOR ALFONSO	59	0			N																	231001	9,866,436	1,578,700	0	0	49,400	49,400	EPS005	9,866,436	1,233,400	14-11	9,866,436	3	240,400	-	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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