

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA		CC:	1055272980	
CORREO ELECTRÓNICO:	pabloalejo2591@gmail.com		TELÉFONO:	3208686455	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AVENIDAD BOYACA # 72 - 15		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	26266896939

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2028 2025	N° CDP:	0	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 8.030.820



PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA
PS_2028_2025_B476EB-2025-07-15 06:48:23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA

CC: 1055272980

CEL: 3208686455

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

PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA

CON C.C N°

1.055.272.980

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 2028 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 91.780.800	No. HORAS EJECUTADAS	84
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 91.780.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.030.820
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

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 diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente |
| 2 | Brinde una atencion en salud oportuna, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada |
| 3 | Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, acogiendo las directrices institucionales. |
| 4 | Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio |
| 5 | Informe 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 resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion |
| 6 | Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion |
| 7 | Respete 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. |
| 8 | Realice el seguimiento y control a los pacientes sobre los procedimientos ordenados. |
| 9 | Realice resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos |
| 10 | Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible de las 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 firma y sello. |
| 11 | Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos |
| 12 | Garantice 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 actividades contratadas, responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos. |
| 13 | Reporte al area de recursos fisicos - activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales |
| 14 | Participe activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad |
| 15 | Participe en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion induccion, reuniones, comites y eventos. |
| 16 | Participe en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio |
| 17 | Apoye a la entidad en las actividades y requerimientos por el supervisor |
| 18 | Participe en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atencion |
| 19 | Preste 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 |
| 20 | Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atencion |
| 21 | Participe en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. |
| 22 | Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. |
| 23 | informe a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad |
| 24 | Informe al supervisor del contrato las novedades que afecto el cumplimiento de sus obligaciones. |

25	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
26	Realice el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato
27	Apoye en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
28	Desarrolle 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.
29	Cumpli con las actividades establecidas en el contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion, en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
30	Realice las actividades asignadas por la supervision del contrato.
31	Coordine el area de urgencias de manera integral y cientifica
32	Pude, desde lo asistencial, diagnosticar, tratar, y segun la patologia ya sea medica, quirurgica, traumatica, obstetrica, tanto en adultos como en pacientes pediatricos, definir conductas en los servicios de urgencias
33	Realice procedimientos inherente a su especialidad y monitoree al paciente en la sala de urgencias.
34	Cree, estructurar y planear el desarrollo de una unidad de urgencias, teniendo en cuenta el marco legal vigente y los requerimientos tecnicos y tecnologicos necesarios para el adecuado funcionamiento de esta, asi como dirigir el desarrollo de guias de manejo, sistemas de alerta, y planes internos y externos para la atencion de emergencias y desastres.
35	Cumpli con los lineamientos implementados desde la direccion de urgencias. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
36	Envie el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
37	Gestione la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1073356009	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/09	\$ 459.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	\$ 587.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/09	\$ 89.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.136.100


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	 PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA PS_2028_2025_B476EB-2025-07-15 06:48:23
	PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA

CC: 1055272980

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

PS_2028_2025_B476EB-2025-07-16 17:38:36

CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-07-09, 09:49:24 p. m. | Tipo Planilla | Número Planilla 1073356009

Periodo Cotización 202506

Periodo Servicio 202506

PAGADA 2025-07-09 21:47:32.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA		
Documento	CC 1055272980	Dirección	CL 115 #48 - 50 EDI TOMINE AP 303
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	9420017
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Total Afiliados	1
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1055272980	Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57 00					LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos				Caja				Parafiscales										
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARPA	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF
																	\$ 3.672.000		25-14		16 %	\$ 3.672.000	\$ 587.600	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5 %	\$ 3.672.000	\$ 459.000	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 3.672.000	\$ 89.500	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 587.600	\$ 0	\$ 0	\$ 459.000	\$ 89.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

