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: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ**			**CC:**	**1015443471**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DDANIELVR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212281892**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 15 63 62 AP 201**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24085168826**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1672 2025**	**N° CDP:**	**1799**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 16.740.000**					

DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ
PS_1672_2025_8CD252-2025-07-17 16:43:36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ
CC: 1015443471
CEL: 3212281892

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			
DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.015.443.471**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1672 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 123.979.104	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 16.740.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		

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 las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos definidos dentro del plan de manejo de la especialidad de ginecología y obstetricia. Estudio, diagnóstico y trato patologías y trastornos del sistema reproductor femenino y de la paciente obstétrica y del binomio madre feto, que requieren tanto la aplicación de técnicas quirúrgicas como no quirúrgicas, con un alto nivel científico, ético y humano. Desempeño mi labor de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de cada paciente, teniendo siempre en cuenta que todas las decisiones clínicas tomadas en la atención médica deben procurar el mejoramiento de su salud y bienestar. 2. Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada. Cumplo con el principio de equidad y pongo énfasis en la aplicación de actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención. Además, sugiero cambios o modificaciones que permitan unificar criterios, con el fin de ofrecer una atención integral adecuada y conforme a los estándares de habilitación y acreditación. 3. Realizo las actividades según las necesidades de la Subred, brindando cobertura en todas las unidades donde se preste el servicio y sea requerido. Aplico y participo activamente en la implementación de la lista de seguridad quirúrgica. 4. Informo al paciente y a su familia sobre la condición clínica, el plan de manejo, la atención y las recomendaciones al egreso, generando un alto grado de satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 5. Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente, así como todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 6. Respeto los derechos del paciente, cumplo con el Código de Ética Médica y con las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en los que se brinda la atención. 7. Realizo el seguimiento y control a los pacientes que lo requieran, e imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 8. Emito los conceptos médicos que se requieran, de conformidad con mi especialidad, y realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. 9. Diligencio de forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema) los formatos, historias clínicas, consentimientos informados, reportes de estudios y demás registros propios de mi labor, de acuerdo con la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y las directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma. 10. Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 11. Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos, instalaciones y los recursos que la Subred aporta para el desarrollo de las actividades contratadas, y respondo por su reposición o reparación cuando los daños sean ocasionados por negligencia o manipulación inadecuada de los mismos. 12. Reporto al área de Recursos Físicos Activos Fijos de la Subred los equipos de mi propiedad que destino a las actividades asistenciales. 13. Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. 14. Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en el desarrollo de la atención que estoy obligado a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 15. Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales, evitando así que se generen glosas definitivas o procesos de conciliación por parte de las EAPB. 16. Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente, apoyo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.

17. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
18. Apoyo las actividades de docenciaservicio en la revista médica u otros espacios dirigidos a los estudiantes y/o al personal del servicio, con el fin de contribuir al desarrollo y formación del recurso humano en salud.
19. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad.
20. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
21. Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.
22. Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la Subred realice, ya sea de forma directa a través de la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o mediante terceros.
23. Cumplo oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes emitidas por la supervisión y por la Oficina de Calidad.
24. Acredito mi inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF, y soporto de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato. Este es un requisito indispensable para que se genere cada pago a mi favor, por lo cual anexo la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social, que comprende salud, pensión y riesgos laborales.
25. Porto el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
26. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades.
27. Participo en investigaciones y estudios específicos de casos orientados a resolver causas y encontrar soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta.

1	

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° 88180079	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/15	$ 729.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/15	$ 991.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/15	$ 142.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.862.700

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	*DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ* *PS_1672_2025_8CD252-2025-07-17 16:43:36* **DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ** **CC: 1015443471**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1672_2025_8CD252-2025-07-18 19:30:02* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1672_2025_8CD252-2025-07-18 19:32:36* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	1015443471	DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ	carrera 15 no 63 62 apto 201	5161982	ddanielvr@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	15/07/2025	88180079	$1.862.700	

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	729.000	0		0		0	0	0	0	729.000	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	933.200	0	0	29.200	29.200	0	0		991.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	142.100				142.100	0	0	142.100			1.421	142.100	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	729.000	729.000
Pensión	1	991.600	991.600
Riesgos Laborales	1	142.100	142.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.862.700	1.862.700

PAGADA

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		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015443471	DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ		carrera 15 no 63 62 apto 201	5161982	ddanielvr@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2025-06	2025-06	I	15/07/2025	88180079	$1.862.700	

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	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. 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	1015443471	VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL	57	0			N																	25-14	5.832.000	933.200	0	0	29.200	29.200	EPS005	5.832.000	729.000	14-23	5.832.000	3	142.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c867fe5fefb9b19e406c49deaac09b8ae694c96ca79bfb5b2afdd79be7228f4a78fdf6f2a8863230095a04c679cd8fde

Número de Factura: SETG-980000033
Fecha de Emisión: 14/07/2025
Fecha de Vencimiento: 31/07/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL
Nombre Comercial: VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL
Nit del Emisor: 1015443471
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 15 63 62 AP 201
Teléfono / Móvil: 3212281892
Correo: ddvargasr@unal.edu.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 3 14
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	1	PRESTACON DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA	NIU	186,00	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 16.740.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Sin valor fiscal

Datos Totales



Documento generado el:
14/07/2025 20:19:18
Documento validado por la DIAN:
14/07/2025 20:19:18
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	16740000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16740000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16740000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 16740000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	16.740.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.740.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.740.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 16.740.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización:	Rango desde:	Rango hasta:	Vigencia: 2030-01-19
18760000001	980000000	985000000	