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:	**MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS**			**CC:**	**1085282011**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARIO.VALENCIARIVAS@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3006126033**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 64 4 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006100870945**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1725 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	**$ 14.874.912**					

MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS
PS_1725_2025_9F4AD9-2025-07-18 10:53:08

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS
CC: 1085282011
CEL: 3006126033

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			
MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS			
	CON C.C N°	**1.085.282.011**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA 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 1725 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 41.034.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**174**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 103.953.408	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 14.874.912
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	Como profesional en la especialidad de ortopedia cumplo con las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el área de ortopedia comprenden el estudio, diagnóstico y tratamiento de patologías que afectan huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos, mediante técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, con un enfoque ético, científico y humanizado. Estas acciones se desarrollan de manera oportuna, integral y personalizada, siguiendo protocolos, guías y estándares de calidad, brindando atención en todas las unidades requeridas. Se incluye la aplicación de listas de seguridad quirúrgica, información clara al paciente y su familia, diligenciamiento completo y oportuno de historias clínicas y demás registros, respeto por los derechos del paciente, uso adecuado de equipos e infraestructura, reporte de eventos e incidentes, participación en actividades docentes y de prevención, así como asistencia a capacitaciones y cumplimiento de los requisitos legales, administrativos y contractuales establecidos.

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° 78804209	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/06/27	$ 709.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/27	$ 908.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/27	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.617.900

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	*MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS* *PS_1725_2025_9F4AD9-2025-07-18 10:53:08* **MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS** **CC: 1085282011**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1725_2025_9F4AD9-2025-07-18 15:59:15* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1725_2025_9F4AD9-2025-07-18 16:17:25* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS

NIT 1085282011-0
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764092867821
Fecha 06/05/2025 - 06/05/2027
Autorización de Facturación Electrónica del FMV101 al FMV500 RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
Email: mario.valenciarivas@gmail.com
Teléfono: 3006126033

Departamento	Fecha		
Bogotá	15	07	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° FMV107

Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**NIT:**	900959051	**Fecha de firmado:**	15/07/2025 09:21:25
Dirección:	DG 34 5 43	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	
Email:	contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co	**Método de Pago:**	Contado	**Medio de pago:**	Consignación bancaria
Vencimiento:	del	**Hora emisión:**	09:21:22-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Total de Lineas:	1				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	174,00	HONORARIOS MEDICOS POR SERVICIOS DE ORTOPEDIA REALIZADOS DURANTE EL 01/07/2025 AL 31/07/2025	94				$85.488,00	$14.874.912,00

Notas:

SON: (catorce millones ochocientos setenta y cuatro mil novecientos doce pesos)
CUFE: d31bfa1de98756aa99550ddfec04a1defd88aaddf3d3511e4d46ae0f3407b4d39fbdddb1b2b17df38e54e34f4ab96758

Subtotal:	$14.874.912,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$14.874.912,00

FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR LA RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DE RENTA E ICA - RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN

Firma Digital: g+7pKtkkMGQhJ3uXY109EuooBGJ6RhmC1Y3vIKvfiPGlhT4NBKkkD7j1lX9MN8Co
FZIeuhrhPHkpQQtAPqQd2oWpFXAVnoObLPFMF2V9SRIo6e5UYY
1u4Nt7hataiGkc ehSeUbxt9nTeKtfd8fwBh2O2Rowa1szGBp4tnDF62UWNjM8f0KoK0xhgwJbf2IdK NCx+pb2Ceb2nFLKYJFlMGUf7j6AFxF2myvW
FtqzXEmITNxUSuyAYlJDNYML4f0cO uj4ss1JCNEmBAK+bfjtMoiEleGwYVPrqYc+HUacts0TuaAnneW7xrAHlrDjRS9md 9YhlHB/lwjN3vV+U/H6i
QQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-27, 08:10:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 78804209

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 27/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS		
Documento	CC1085282011	**Dirección**	CL 61 #4 - 11 EDIFICIO SEVILLA APTO 706
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0613484467
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1085282011	MARIO HERNAN VALENCIA RIVAS	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.676.403	$ 908.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 5.676.403	$ 709.600	4,350	$ 5.676.403	$ 247.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.864.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 5.676.403	$ 5.676.403	$ 5.676.403	$ 0	$ 908.300	$ 709.600	$ 247.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.864.900	$ 0	$ 1.864.900

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.