

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR			CC:	1081513070	
CORREO ELECTRÓNICO:	WIFE1087@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3046369888	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 29A BIS N° 22G - 45			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSISTE EN	CONSISTE EN	COMPANIA DE FINANCIAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	38553317
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1717 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	\$ 20.004.192					



WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR
PS_1717_2025_5A3357-2025-07-18 10:51:19

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR
CC: 1081513070
CEL: 3046369888

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR

CON C.C N°1.081.513.070

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 1717 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 75.229.440	No. HORAS EJECUTADAS	234
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 157.383.408	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 20.004.192
--	----------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

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° 88147155	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/07/11	\$ 1.250.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/07/11	\$ 1.700.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/11	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.950.000

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 ibr 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



WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR

PS_1717_2025_5A3357-2025-07-18 10:51:19

WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR

CC: 1081513070

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1717_2025_5A3357-2025-07-18 15:52:43

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_1717_2025_5A3357-2025-07-18 15:55:14

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO



wilson ferney tovar cuellar
NIT 1.081.513.070-3
CR 29 A BIS 22 C TO 3 AP 304
Tel: (57) 3046369888
Bogotá - Colombia
Wifer1087@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. 6078

Señores	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3078181 - Ext. 000
Dirección	Diagonal 34 No. 5-43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/07/2025, 09:32
Expedición	15/07/2025, 09:32
Vencimiento	15/07/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Producto genérico	234.00	20,004,192.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Veinte millones cuatro mil ciento noventa y dos pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Consignación bancaria - Consignación \$ 20,004,192.00

Observaciones:

FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA AHORRO BANCOLOMBIA NUMERO 37687650426
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Total Bruto	20,004,192.00
Total a Pagar	20,004,192.00

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 18764076602334 aprobado en 20240805 prefijo desde el número 6051 al 6120 Vigencia: 24 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 0e6630b3939fdaf0a53d719d392a3ea5895ddd25a5a3da6d8d952510e91a8e5398f9b8930a51d5553ef1dea862db1318

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1081513070	WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR		CaLLE 18 #20-51	3046369888	Wifer1087@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	88147155	TOTAL A PAGAR
					\$3.193.600

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					
EPS001	ALIANSA EPS S.A.	830113831-0	1.250.000	0		0		0	0	0	0	1.250.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	1.600.000	0	0	50,000	50.000	0	0		1.700.000	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	243.600				243.600	0	0	243.600			2.436	243.600	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	1.250.000	1.250.000
Pensión	1	1.700.000	1.700.000
Riesgos Laborales	1	243.600	243.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.193.600	3.193.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1081513070	WILSON FERNEY TOVAR CUELLAR		CaLLE 18 #20-51	3046369888	Wifer1087@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	88147155	\$3.193.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1081513070	TOVAR CUELLAR WILSON FERNEY				59	0			N																		231001	10.000.000	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS001	10.000.000	1.250.000	14-11	10.000.000	3	243.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA