

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA		CC:	1090408486	
CORREO ELECTRÓNICO:	MDMAXI@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3138684914	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10D ESTE # 13 - 61 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	542383492

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1618 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 23.163.600					



MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA
PS_1618_2025_OCD0F7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CC: 1090408486

CEL: 3138684914

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

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CON C.C N°

1.090.408.486

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1618 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 83.388.960	No. HORAS EJECUTADAS	240
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 234.531.450	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 23.163.600
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	--------------------------------

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	Reporte al area de recursos físicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales
2	Preste el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de eps-s-eapb
3	informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
4	todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio
5	Participe activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad
6	Participe en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
7	Informe los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participe en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
8	Desarrolle actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica
9	Realice el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y arl
10	DiligenciE en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garantice la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención
13	Ralice registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
14	Garantice la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
15	Realice inscripción en el rethus y mipres
16	porte el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales
17	cumpli con la programación de turnos de servicios, realice el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato
18	Informe con anticipación dicha situaciones al supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias
19	Realice actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio
20	cumpli con las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas

21	recibi y entregE turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad
22	reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	diligencie y reporte oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente
24	Informe a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
25	Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
26	participe en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado
27	facilite las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
28	cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad
29	Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento medico y de los recursos disponibles
30	Brinde una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion
31	Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
32	Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
33	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
34	Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
35	Realice resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados
36	Le di un buen trato a los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio
37	Cumpli con la programacion de actividades del servicio
38	Participe en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490390116	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/19	\$ 1.534.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/19	\$ 2.086.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/19	\$ 299.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.919.700

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



MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

PS_1618_2025_OCD0F7

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CC: 1090408486

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1618_2025_OCD0F7

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1618_2025_OCD0F7

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

SUPERVISOR DEL CONTRATO

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

NIT: 1090408486-7

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

TV 64 1 56 IN 11 AP 101, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3138684914

Autorización facturación electrónica No. 18764094322943 válida desde 2025-06-12 hasta 2025-12-12 rango desde MVO52 hasta MVO10000

Régimen Simple de Tributación Simple

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3282828
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	MVO57
Fecha Emisión	17/08/2025 16:47:41-05:00
Fecha Vencimiento	17/08/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	17/08/2025
Total de Líneas:	1

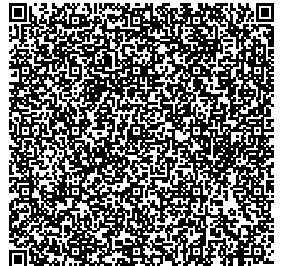
#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA DEL 01 AL 31 DE AGOSTO DEL 2025 240 HORAS	WSD	240,00	\$96.515,00				0,00	\$23.163.600,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$23.163.600,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$23.163.600,00

CUFE:	7b1651ec689a2aee4e0cc5acb6e5cd85528be1c68a106698c21fff8097ccfabff518ac0fef49e342b173a1e3fee2853
Total con letra:	(veintitres millones ciento sesenta y tres mil seiscientos pesos)

Firma Digital: Bhm/J2d41Es3kHkUDNN/KRNUVGjHbHVRVO/pAimAS03BcMR8u2ywdZ8s6c08NW3z
jRML44E6CuGr8Hul5XMs1ZT9Gwep6RzKi7zIB4Zr6/ZVtna8jb
ao2ye6Tca7XJ6B t1tksq0TGFqPNOK2M475bO5sFyCvaFVEdaKrWNqsMZDoMJgPj6kAweQAF1mQwGd hNTsbftY/O7NHkkHY/CLaE9nicqujRySr6s
ozAfGtmz9a9vPoyhPpHnhG6oeOHL vhUPTMhv8jQIM6hwMJExYWWJBLZWVtYlcPbzXRUuz6iCOjSu4N96/peVVRsodeJOY qgorcF9j9nMci4N1FY/
SW==

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.



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1090408486		VASQUEZ OSPINA MAXIMILIANO	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	KRA 10D ESTE 13-61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138684914	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1712174199	9490390116	1	2025/08/22	2025/08/19	BANCO DE BOGOTA	0	\$3,919,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,086,500	\$0	\$0	\$2,086,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$2,086,500	\$0	\$0	\$2,086,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$299,000	\$0	\$0	\$299,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$299,000	\$0	\$0	\$299,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,534,200	\$0	\$0	\$1,534,200	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,534,200	\$0	\$0	\$1,534,200	
TOTAL				1	\$3,919,700	\$0	\$0	\$3,919,700	