

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

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 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 21.426.330



MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA
PS_1618_2025_9379F0

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	222
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 234.531.450	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 21.426.330
---	----------------	--	---------------

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

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

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

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 | 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 | Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales |
| 3 | diligencie y reporte oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente |
| 4 | Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido |
| 5 | Respete los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención |
| 6 | Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados |
| 7 | Realice resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados |
| 8 | Le di un buen trato a los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio |
| 9 | Cumpli con la programación de actividades del servicio |
| 10 | Garantice la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos |
| 11 | 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 |
| 12 | reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| 13 | Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio |
| 14 | Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles |
| 15 | Brinde una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación |
| 16 | Preste servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales |
| 17 | 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 |
| 18 | Raalice 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 |
| 19 | 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 |
| 20 | 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 |

21	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
22	Participe en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenton en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
23	Informe los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion, participe en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
24	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, si aplica
25	Informe a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
26	participe en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado
27	informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
28	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
29	cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad
30	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 ejecucion del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberan comprender salud, pension y arl
31	cumpli con las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
32	todas las demas inherentes o necesarias para la correcta prestacion del servicio
33	Realice inscripcion en el rethus y mipres
34	porte el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las actividades contractuales
35	cumpli con la programacion de turnos de servicios, realice el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato
36	Informe con anticipacion dicha situaciones al supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias
37	Realice actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio
38	recibi y entregE turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491702145	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/11	\$ 1.646.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	\$ 2.239.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 320.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.206.200

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_9379F0

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CC: 1090408486

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1618_2025_9379F0

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_9379F0

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
Nombre o 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	MVO59
Fecha Emisión	11/09/2025 14:24:31-05:00
Fecha Vencimiento	11/09/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	11/09/2025
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 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2025 220 HORAS	WSD	222,00	\$96.515,00				0,00	\$21.426.330,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$21.426.330,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$21.426.330,00

CUFE:	35fe168d54eb0d4d3899dc1cb9ed1fccde234d0639bf993a80f8d348c835e463197e47223ded25e77f986f533fa39b46
Total con letra:	(veintin millones cuatrocientos veintiseis mil trescientos treinta pesos)

Firma Digital: R1H1FDfXVhB8bNfajrEPwNzsSn/b2XYzahVBYc5jIjGIs0yg7qyTfNZhDOteEJc
C0d/Gwj2NquNKarsuSkZlwajc1DxC1OE1+AwNRwUMwkhgyZm
4wzpUzwnY9kam1 nlijwUQZY4LcHZ/bJ2jDhTm8vSdUSvJFaN1QVd0AqYggiBaY4HO61JDOLcywO CadJghdPLJWXssDaSzfWq1TRXVrqLo50r2x
ZUGn1wHUUJA828ne/APnnSSfPyuzF QAPqfB5JvIR+B0JQnKgpCRruNixclmBxW4CKOaWOnGhPmiyg+amqh+8u4+EmDaeh 6AZr8jAq8PADqqHtuUpda
SA==

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		YASQUEZ 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
2025-08	2025-08	1769375043	9491702145	I	2025/09/18	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	0	\$4,206,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,239,000	\$0	\$0	\$2,239,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$2,239,000	\$0	\$0	\$2,239,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,900	\$0	\$0	\$320,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$320,900	\$0	\$0	\$320,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,646,300	\$0	\$0	\$1,646,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,646,300	\$0	\$0	\$1,646,300
TOTAL				1	\$4,206,200	\$0	\$0	\$4,206,200