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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS ALFONSO CAICEDO CAICEDO**			**CC:**	**80115536**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUISALFONSO2105@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204262019**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 73 N° 163 - 21**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488416622246**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1834 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	**$ 21.604.986**					

LUIS ALFONSO CAICEDO CAICEDO
PS_1834_2025_BA1EA6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS ALFONSO CAICEDO CAICEDO
CC: 80115536
CEL: 3204262019

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			
LUIS ALFONSO CAICEDO CAICEDO			
	CON C.C N°	**80.115.536**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1834 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 81.249.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**234**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 212.172.042	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 21.604.986
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		

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)**
	Se realizaron las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de pediatría, con el nivel científico, ético y humano acorde con los principios de la subred, de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes. Se brindó una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia 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 con los estándares de habilitación y acreditación. Se realizaron las actividades según las necesidades de la Subred en todas las Unidades en donde fui requerido. Se dio informes al paciente según la edad, así como a su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedaron registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. Se realizó el seguimiento y control a pacientes y cuidadores. Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. Se emitieron conceptos médicos, resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos cuando fueron solicitados. Se diligenció en forma completa, oportuna, sistematizada y legible los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de la práctica clínica, de acuerdo con 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 mi firma. Se mantuvo la reserva de información clínica en los términos de la Resolución 1995/1999. Se utilizó de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los demás de la Subred, sin daños en los mismos Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos.

Se participa en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio.

Cuando lo requiere el líder del servicio se presta 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.
Cuando se identifican sucesos de seguridad, se reportan en la plataforma institucional dispuesta para este fin.
Se reportaron todos los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
Se apoyó las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los internos y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
Se educa a la comunidad, representada por el paciente y sus familiares, sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad.
Asistí a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado.
Se informó oportunamente al supervisor del contrato las novedades que podrían afectar el cumplimiento de mis obligaciones
Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones.
Porté el carné institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.
Se cumplió la programación de actividades. Ante imprevistos o eventos de fuerza mayor, se informó formalmente al supervisor del contrato sobre los cambios de turno.

1	

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° 9491746407	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/12	$ 1.135.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/12	$ 1.544.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/12	$ 221.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.901.800

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	*LUIS ALFONSO CAICEDO CAICEDO* *PS_1834_2025_BA1EA6* **LUIS ALFONSO CAICEDO CAICEDO** **CC: 80115536**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1834_2025_BA1EA6* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1834_2025_BA1EA6* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80115536		CAICEDO CAICEDO LUIS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 73 163 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8142543	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	1772244983	9491746407	I	2025/09/09	2025/09/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$2,962,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$9,085,174	$1,544,700			$9,085,174	$1,135,700			$9,085,174	$54,600			$9,085,174	$221,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$9,085,174	$1,544,700			$9,085,174	$1,135,700			$9,085,174	$54,600			$9,085,174	$221,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$9,085,174	$1,544,700			$9,085,174	$1,135,700			$9,085,174	$54,600			$9,085,174	$221,400		$0	$0
1	CC 80115536	CAICEDO LUIS	230301	30	$9,085,174	$1,544,700	EPS010	30	$9,085,174	$1,135,700	CCF22	30	$9,085,174	$54,600	14-7	30	$9,085,174	$221,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$9,085,174	$1,544,700			$9,085,174	$1,135,700			$9,085,174	$54,600			$9,085,174	$221,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80115536		CAICEDO CAICEDO LUIS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 73 163 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8142543	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	1772244983	9491746407	I	2025/09/09	2025/09/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$2,962,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,544,700	$3,000	$0	$1,547,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,544,700	$3,000	$0	$1,547,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$221,400	$500	$0	$221,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$221,400	$500	$0	$221,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,600	$200	$0	$54,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$54,600	$200	$0	$54,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,135,700	$2,200	$0	$1,137,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,135,700	$2,200	$0	$1,137,900
TOTAL				**1**	**$2,956,400**	**$5,900**	**$0**	**$2,962,300**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
9714be00d3e523fd13b4bcd081b51e80a155c08fbe6bd5c8a2f1aa649f1d5dde29f56ccb92c6e4c519c896122c85efe6

Número de Factura: FE-99
Fecha de Emisión: 15/09/2025
Fecha de Vencimiento: 15/09/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CAICEDO CAICEDO LUIS ALFONSO
Nombre Comercial: CAICEDO CAICEDO LUIS ALFONSO
Nit del Emisor: 80115536
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ -
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 73 163 21 IN 7 AP 228
Teléfono / Móvil: 3204262019
Correo: luisalfonso2105@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
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 5 43
Teléfono / Móvil:
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	SERVICIOS PROF	HUR	234,00	$ 92.329,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 21.604.986,00

Notas Finales

Prestación de servicios profesionales en medicina para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servic ios de Salud Centro Oriente. Periodo correspondiente al 01 de septiembre de 2025 al 30 de septiembre de 2025. Informo que me encuentro inscrito en el regimen simple de tributarción con la responsabilidad O-47
Linea de negocio:
80115536_01_PRI_PRO_2