

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LORENZO BENITEZ ARTEAGA		CC:	80162089	
CORREO ELECTRÓNICO:	LORENBENI12@YAHOO.COM		TELÉFONO:	3133864174	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 N° 72C - 52		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102643178

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1840 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	\$ 18.370.500					



LORENZO BENITEZ ARTEAGA  
PS\_1840\_2025\_3039BD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LORENZO BENITEZ ARTEAGA

CC: 80162089

CEL: 3133864174

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**LORENZO BENITEZ ARTEAGA**

**CON C.C N°** **80.162.089**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUMOLOGO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE HOSPITALIZACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1840 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 69.510.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>148</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 166.327.500	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 18.370.500
-----------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------	---------------

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

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

**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)**

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Intermedios Pediatría durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo 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 resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. 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.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
20. 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 esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.

21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.

22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.

24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

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° 9491712178	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/11	\$ 769.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	\$ 1.046.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/11	\$ 150.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.966.300




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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>LORENZO BENITEZ ARTEAGA PS_1840_2025_3039BD</p> <hr/> <p><b>LORENZO BENITEZ ARTEAGA</b> <b>CC: 80162089</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1840_2025_3039BD</p> <hr/> <p><b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA PS_1840_2025_3039BD</p> <hr/> <p><b>XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

**LORENZO BENITEZ ARTEAGA**

NIT: 80162089-0

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 17 A 81 SUR 19, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3133864174

Email. lorenbeni12@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764092487337 válida desde 2025-04-29 hasta 2025-10-29 rango desde FLBA128 hasta FLBA1000.

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
**NIT :** 900959051  
**Dirección:** DIGONAL 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia  
**Teléfono:** 3282828  
**Email:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

**Forma de Pago:** Crédito  
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria  
**Fecha de Pago:** 30/09/2025  
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** FLBA137  
**MONEDA:** COP Colombia, Pesos  
**HORA EMISIÓN:** 12:48:22-05:00  
**FECHA FIRMADO:** 17/09/2025 12:48:25

**FECHA DE EMISIÓN** **FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	09	2025	30	09	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS Como Neumologo Pediatra en el mes de Octubre. REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION: 0-47	WSD	148,00	\$124.125,00				0,00	\$18.370.500,00

**Notas:**

SON: (dieciocho millones trescientos setenta mil quinientos pesos )

CUFE: 4391bfc20d30405a8c4c34ebdfad70dbfa70bf3bafbb4c00833151fe144af9c4b0921748cc96def0562183abf07240dd

<b>Subtotal:</b>	\$18.370.500,00
<b>Cargos:</b>	\$0.00
<b>Descuento:</b>	\$0.00
<b>Total:</b>	\$18.370.500,00

**Firma Digital:** GS6MEgSDq1qjB1jWbYFECN2IFL2neQYpeWkzsuMzqumOUftSFtVeHmA0vw0l3dL3YIM5aJTDIZUMU6r3ujhXJLXa09s5C0CBiR6DK4F43kosGHwEE  
siqLwrmogE4u1J qBtFiOm/5KbjfvNYI4EHVVIOPdhqyR6NqkEfcI8hu4IZPTFhXxchwSTZybWwt8 NwV5gGzT1pjDvhtJKSbN9h+ahaLtOgAOVi  
hnrw3+Jog1nrphMJNN9m+UubuqLv nxQRstcNEiabOIHMYYvGNK1ipvTsq2REItkmEo8mQgGzQc/IOSUg6+mU7GdBAwfe bv7Q6NztpV0wUqD/Mrcq  
gQ==

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 80162089		BENITEZ ARTEAGA LORENZO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 24 C # 71-60 Torre 1 Apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2924861	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1769895156	9491712178	I	2025/09/19	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	0	\$1,966,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																			
EMPLEADO														NOVEDADES																					
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc	
1	CC	80162089	BENITEZ ARTEAGA LORENZO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No													X															
<b>Total Afiliados(1)</b>																																			



		CCF					RIESGOS							PARAFISCALES									
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	\$ 769.600		0	\$ 0	0%	\$ 0	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$ 6.156.600	2,436%	3	\$ 150.000	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
	\$ 769.600					\$ 0						\$ 150.000				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80162089		BENITEZ ARTEAGA LORENZO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 24 C # 71-60 Torre 1 Apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2924861	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	1769895156	9491712178	I	2025/09/19	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	0	\$1,966,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,046,700	\$0	\$0	\$1,046,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,046,700	\$0	\$0	\$1,046,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$769,600	\$0	\$0	\$769,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$769,600	\$0	\$0	\$769,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,966,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,966,300</b>	