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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS ALEJANDRO GIL MINA**			**CC:**	**79734990**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEJOSALUDA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3013700333**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 58B SUR N° 78F - 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480294019**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1850 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 12.190.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LUIS ALEJANDRO GIL MINA
PS_1850_2025_126C36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS ALEJANDRO GIL MINA
CC: 79734990
CEL: 3013700333

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 ALEJANDRO GIL MINA			
	CON C.C N°	**79.734.990**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 1850 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 55.200.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**106**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 117.070.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 12.190.000
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 Uci Pediátrica 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 a 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 iníciales 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. Cumplo 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 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076460401	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/15	$ 546.300
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/10/15	$ 699.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	$ 106.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.352.000

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 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 ALEJANDRO GIL MINA* *PS_1850_2025_126C36* **LUIS ALEJANDRO GIL MINA** **CC: 79734990**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1850_2025_126C36* **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_1850_2025_126C36* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Espacio para
Logo Corporativo

GIL MINA LUIS ALEJANDRO
NIT 79.734.990-4
CL 58 BIS SUR 78F 20
Tel: (031) 4602984
Bogotá - Colombia
alejosaluda@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. 99

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/10/2025, 15:20
Expedición	15/10/2025, 15:20
Vencimiento	15/10/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Hora Especialista en Pediatría	106.00	12,190,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Doce millones ciento noventa mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 12,190,000.00

Observaciones:
SERVICIO PRESTADO EN EL MES DE OCTUBRE

Total Bruto	12,190,000.00
Total a Pagar	**12,190,000.00**

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 18764092996416 aprobado en 20250509 prefijo desde el número 76 al 180 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 19884e27acdc7f1d8617a5bbda84ba76e975ea732f1840fee86a83d59c3f031c70015adde30a43ca8a6c72ce1ab6af48

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

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-10-15, 02:42:58 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2025
Empresa	LUIS ALEJANDRO GIL MINA
CEDULA CIUDADANIA	CC 79734990
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1076460401
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1853896025
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 1.352.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$ 699.200	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 546.300	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 106.500	$ 0
		SubTotales:		$ 1.352.000	$ 0
		Total a Pagar:			$ 1.352.000

1950

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos

gos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si ◉ No

	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

s de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
1. PS 1850 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1850 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2. PS 1850 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1850 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3.PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
6. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
1 PS 1850 2025 CRP-6452.pdf	1 PS 1850 2025 CRP-6452.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 1850 2025 CRP-15275.pdf	2 PS 1850 2025 CRP-15275.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 1850 2025 CRP-19043.pdf	3 PS 1850 2025 CRP-19043.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
9. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
7. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
8. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle