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:	**ALBERTO PAEZ GARCIA**			**CC:**	**79654838**
CORREO ELECTRÓNICO:	**APAEZGDA2003@YAHOO.COM**			**TELÉFONO:**	**3202571531**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 119 72A 60**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**001970113831**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1655 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 17.820.000**
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**				

ALBERTO PAEZ GARCIA
PS_1655_2025_FF66AE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALBERTO PAEZ GARCIA
CC: 79654838
CEL: 3202571531

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			
ALBERTO PAEZ GARCIA			
	CON C.C N°	**79.654.838**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1655 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 180.648.288	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 17.820.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		

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	1. Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes. 2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 5. respetar 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. realizar 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. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros. 9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y 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. 11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. 12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 13. reportar los eventos de notificación obligatoria. 14. Se apoyan las 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. 15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones 18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf. 19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato. 21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales 22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred 23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia . 24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio

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° 7988142942	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/22	$ 1.272.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/22	$ 1.730.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/22	$ 247.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.249.900

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	*ALBERTO PAEZ GARCIA* *PS_1655_2025_FF66AE* **ALBERTO PAEZ GARCIA** **CC: 79654838**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1655_2025_FF66AE* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1655_2025_FF66AE* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ALBERTO PAEZ GARCIA

NIT: 79654838-9
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 56 A 148 36 AP 901, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6018076543

Autorización facturación electrónica No. 18764093147662 válida desde 2025-05-14 hasta 2025-11-14 rango desde FE147 hasta FE1000

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Dirección:	CR 34 3114, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE158
Fecha Emisión	13/10/2025 15:56:28-05:00
Fecha Vencimiento	10/11/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	10/11/2025
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HONORARIOS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2025....PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION	WSD	198,00	$90.000,00				0,00	$17.820.000,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$17.820.000,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$17.820.000,00

CUFE:	38624081637296a13177c9b129b911eebc4a7b7ef56813c95217eefc285b2b9b3fbbaa4d5e12f73fbd34fad8822ca521
Total con letra:	(diecisiete millones ochocientos veinte mil pesos)

Firma Digital: bFlByzXaP8SBcbLhKPZ7dFtWeB8V6Yj1n5iM7AtjiiyOJca3R5ablCLufm/P+ttk hOOWBLjc4QgW63qvlxfs8VxegmUAHdQl8ULlvQnQl89Z6jyZZO OxzHMoC5G10A2A 28ysFByzjrpzrhfmNmcJMilwp/6iCc12A1wbMtXF3azdRN/hTQcwehQUdqqumBv4 T1GrSznV+X5T2vp8WExVuQsAv9bH+ufFf+y RgB1P0Cam+q7fAMam4wkysOowHYZB SPIQyLM8HKMq7EFoYaoea0YBac6MtA1wY/PpquAAAFLEg19+8mJWflctece1sgNX ID8yRTcbdvF0JlELH0ZB 9Q==

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79654838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBERTO PAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRSV .3 N. 48A 52 202	TELÉFONO:	2451409
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7988142942**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1795171988		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.628.200	$ 0	$ 0	$ 50.900	$ 50.900	$ 0	$ 0	$ 1.730.000	$ 0	$ 1.730.000
SUBTOTALES:										**$ 1.730.000**	**$ 0**	**$ 1.730.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.272.000	$ 0	$ 0	$ 1.272.000
SUBTOTALES:													**$ 1.272.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.272.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 247.900	$ 247.900	$ 0	$ 0	$ 247.900
SUBTOTALES:									**$ 247.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 247.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 79654838	PAEZ GARCIA ALBERTO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 10.176.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 10.176.000	$ 1.628.200	$ 50.900	$ 50.900	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.730.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 10.176.000	$ 1.272.000	$ 0	$ 1.272.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.176.000	79654838	$ 247.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.249.900

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1655 2025 CRP-4602.pdf	1 PS 1655 2025 CRP-4602.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1655 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1655 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1655 2025 CRP-12090.pdf	2 PS 1655 2025 CRP-12090.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1655 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1655 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1655 2025 CRP-15879.pdf	3 PS 1655 2025 CRP-15879.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf	3.PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf	3.PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1655 2025 CRP-18890.pdf	4 PS 1655 2025 CRP-18890.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1655 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo