

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HUGO LEONEL VELASCO ERIRA			CC:	1144048801
CORREO ELECTRÓNICO:	hugol.velasco@gmail.com			TELÉFONO:	3154241606
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 36 53A 71			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Helm Bank)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	765076537
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5278 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.460.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 HUGO LEONEL VELASCO ERIRA PS_5278_2025_CDED9B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HUGO LEONEL VELASCO ERIRA CC: 1144048801 CEL: 3154241606					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
HUGO LEONEL VELASCO ERIRA				
CON C.C N°		1.144.048.801		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA 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 5278 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20.517.120	No. HORAS EJECUTADAS	60	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 44.948.592	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.460.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SAUL ARDILA DURAN		
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	Como profesional en ortopedia realizó actividades diagnósticas y terapéuticas en el marco del plan de manejo en ortopedia, abordando patologías del sistema músculo-esquelético con enfoque científico, ético y humano. Brindar atención integral, oportuna y humanizada, cumpliendo estándares de calidad, protocolos y normativas vigentes. Participar en procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, seguimiento de pacientes, diligenciamiento adecuado de registros clínicos, y garantizar la confidencialidad de la información. Usar responsablemente los recursos asignados, reportar novedades, asistir a capacitaciones, apoyar procesos administrativos, docentes y de mejoramiento continuo. Cumplir con requisitos legales y contractuales como inscripción en RETHUS, MIPRES y RUAF, y garantizar el pago oportuno de aportes al sistema de seguridad social.			
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° 9493313487	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/20	\$ 702.800	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/20	\$ 899.500	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.602.300	

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



HUGO LEONEL VELASCO ERIRA

PS_5278_2025_CDED9B

HUGO LEONEL VELASCO ERIRA

CC: 1144048801

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5278_2025_CDED9B

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



SAUL ARDILA DURAN

PS_5278_2025_CDED9B

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Factura Electrónica De Venta No. HLVE 135

Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Consignación Bancaria
Moneda: COP
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 21/10/2025 09:11 AM
Fecha de Generación: 21/10/2025 09:11 AM
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
(49) No responsable de IVA

Emisor : HUGO LEONEL VELASCO ERIRA
Razón Social: HUGO LEONEL VELASCO ERIRA
NIT: 1144048801
Teléfono: + (57) 3154241606
Correo Electrónico: hugol.velasco@gmail.com
Dirección: CR 13 40 B 74 BRR TEUSAQUILLO
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Receptor : SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7
Teléfono: N/A
Correo Electrónico: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Dirección: N/A
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
País: Colombia
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.



#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	001	HONORARIOS	HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PRESTADOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE /2025 SEGUN CONTRATACION ESTABLECIDA ENTRE LAS PARTES-SE ANEXA A ESTA FACTURA RELACION DE ACTIVIDADE	1.00	acuerdo	5,460,000.00	5,460,000.00	0	0.00	5,460,000.00

Detalles:

Son: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL PESOS

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Artículo 774 del Código de Comercio.

CUFE :

fcdccd19c05de18b41755ec17c1e34652c91cf485658705fe378fe6e3bdeebfc80c076f9df2bf40a1e06455901fb6a40

Detalle de Venta

Subtotal :	COP 5,460,000.00
Descuento :	COP 0.00
Monto Bruto :	COP 5,460,000.00
Monto IVA :	COP 0.00
Total Venta:	COP 5,460,000.00
Total:	COP 5,460,000.00

Autorizado DIAN para la Facturación Digital.

Generada por:  <https://factoa.co>

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1144048801		VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 # 53 A 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3154241606	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1861798667	9493313487	I	2025/10/02	2025/10/20	BANCOLOMBIA	\$1,758,600

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		
1	CC	1144048801	VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		0	No	No																											
Total		Afiliados(1)																																	

						SALARIO			PENSION											SALUD							
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Art	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						\$ 5.621.631	No		PORVENIR	30	\$ 5.621.631	16%	SIN RIESGO	\$ 899.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 899.500		COMPENSAR	30	\$ 5.621.631	12,5%	\$ 702.800	\$
																				\$ 899.500						\$ 702.800	

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	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	\$ 702.800		0	\$ 0	0%	\$ 0	ARL SURA	30	\$ 5.621.631	2,436%	3	\$ 137.000	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
\$ 702.800						\$ 0						\$ 137.000				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1144048801		VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 # 53 A 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3154241606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1861798667	9493313487	I	2025/10/02	2025/10/20	BANCOLOMBIA	\$1,758,600

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$899,500	\$9,900	\$0	\$909,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$899,500	\$9,900	\$0	\$909,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$137,000	\$1,600	\$0	\$138,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$137,000	\$1,600	\$0	\$138,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$702,800	\$7,800	\$0	\$710,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$702,800	\$7,800	\$0	\$710,600
TOTAL				1	\$1,739,300	\$19,300	\$0	\$1,758,600

Aumentar el contr

procesos ▾Menú ▾Ir a ▾

stración de contratos → Ver contrato

↶ Cancelar

<

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado
☐	5. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprado
☐	6. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprado
☐	7. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveído
☐	8. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveído
☐	1 PS 5278 2025 CRP-16181.pdf	1 PS 5278 2025 CRP-16181.pdf	Comprado
☐	2 PS 5278 2025 CRP-19114.pdf	2 PS 5278 2025 CRP-19114.pdf	Comprado
☐	3 PS 5278 2025 CRP-22994.pdf	3 PS 5278 2025 CRP-22994.pdf	Comprado
☐	9. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 5278 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveído