

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA		CC:	1090408486	
CORREO ELECTRÓNICO:	MDMAXI@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3138684914	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10D ESTE # 13 - 61 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	542383492

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1618 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 21.619.360
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA
PS_1618_2025_FE2282

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CC: 1090408486

CEL: 3138684914

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CON C.C N°

1.090.408.486

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1618 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 83.388.960	No. HORAS EJECUTADAS	224
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 253.351.875	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 21.619.360
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	--------------------------------

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 | .Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento medico y de los recursos disponibles |
| 2 | .Brinde una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion |
| 3 | .Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales |
| 4 | .Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido |
| 5 | .Informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion |
| 6 | .Realice registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion |
| 7 | .Respete los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion |
| 8 | .Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados |
| 9 | .Realice resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados |
| 10 | .DiligenciE en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clinica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello |
| 11 | .Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos |
| 12 | .Garantice la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos |
| 13 | .Reporte al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales |
| 14 | .Le di un buen trato a los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio |
| 15 | .Particpe activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad |
| 16 | .Cumpli con la programacion de actividades del servicio |
| 17 | .Particpe en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio |
| 18 | .Apoeye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales |
| 19 | .Particpe en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentron en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio |

20	.Preste 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
21	.Informe los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participe en los análisis a los que sea convocado e implemente las acciones de mejora definidas para el servicio
22	.reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	.diligencie y reporte oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente
24	.Desarrolle 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, si aplica
25	.Informe a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad
26	.participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado
27	.informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
28	.facilite las labores de supervisión que la subred, realice en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros
29	.cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad
30	.Realice el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y arl
31	.cumpli con las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas
32	.todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio
33	.Realice inscripción en el rethus y mipres
34	.porte el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales
35	.cumpli con la programación de turnos de servicios, realice el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato
36	.Informe con anticipación dichas situaciones al supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias
37	.Realice actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio
38	.recibi y entregE turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494682398	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	\$ 1.621.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	\$ 2.204.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 315.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.141.600

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

PS_1618_2025_FE2282

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CC: 1090408486

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1618_2025_FE2282

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1618_2025_FE2282

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

SUPERVISOR DEL CONTRATO

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

NIT: 1090408486-7

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

TV 64 1 56 IN 11 AP 101, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3138684914

Autorización facturación electrónica No. 18764094322943 válida desde 2025-06-12 hasta 2025-12-12 rango desde MVO52 hasta MVO10000

Régimen Simple de Tributación Simple

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	MVO66
Fecha Emisión	19/11/2025 17:23:50-05:00
Fecha Vencimiento	19/11/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	19/11/2025
Total de Líneas:	1

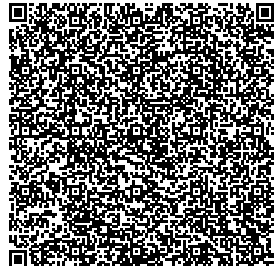
#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2025 224 HORAS	WSD	224,00	\$96.515,00				0,00	\$21.619.360,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$21.619.360,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$21.619.360,00

CUFE:	2e7bee5dee564f9805c013a523b3f29c7382c37c282260d4a6cffe783bd733499e499881d33c02f0c20aab2e44c3ef9
Total con letra:	(veintiun millones seiscientos diecinueve mil trescientos sesenta pesos)

Firma Digital: URukibSZwh9WdaZMco8RLyG7cV+5cKpHpeO31o2W5px9st29ayeefZb1/BAoHztW
U71SupDIB1MqeciFWshndJxE4TUCdrXakKEP7o+Efl6po4Rps0
0RIV3mhqZiAv+H 1F+h5nLR44dqWosiwolOhPv5HlS3NcvxAUb8ecniNBLhYw9cAj0qn3RJLn2cp hcgN0jKf+9c/TJxGDijKYAIUNoigo5M1t
SdtuJG+G9B2lq/SwFFt1SLjv3TqI v3uu63sQ6ng+AIA775IMIGZeGbf+h29QV4laupek2f2eVTLrZ05sll+7TUFcDSnk MMAhiLuhHWgqf8DW28Cb
MA==

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 1090408486		VASQUEZ OSPINA MAXIMILIANO	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	KRA 10D ESTE 13-61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138684914	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925658024	9494682398	1	2025/11/24	2025/11/13	BANCO DE BOGOTA	0	\$4,141,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,204,700	\$0	\$0	\$2,204,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$2,204,700	\$0	\$0	\$2,204,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$315,900	\$0	\$0	\$315,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$315,900	\$0	\$0	\$315,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,621,000	\$0	\$0	\$1,621,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,621,000	\$0	\$0	\$1,621,000	
TOTAL				1	\$4,141,600	\$0	\$0	\$4,141,600	

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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 por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1618 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1618 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1618 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1618 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3.PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	4. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	5. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1618 2025 CRP-6263.pdf	1 PS 1618 2025 CRP-6263.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 1618 2025 CRP-13453.pdf	2 PS 1618 2025 CRP-13453.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1618 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1618 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	7. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1618 2025 CRP-18861.pdf	3 PS 1618 2025 CRP-18861.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8 PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8 PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1618 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1618 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	09 PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	09 PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1618 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle