

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL HERRERA PARRA		CC:	1136889983	
CORREO ELECTRÓNICO:	daherrera9@hotmail.com		TELÉFONO:	3003994728	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72B 6D 72		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24090094826

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7271 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.500.024
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



DANIEL HERRERA PARRA
PS_7271_2025_C5D91D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DANIEL HERRERA PARRA

CC: 1136889983

CEL: 3003994728

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

DANIEL HERRERA PARRA

CON C.C N°

1.136.889.983

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7271 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/29
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.000.026	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.500.050	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

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 | PARTICIPE EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL |
| 2 | REALICE EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, PAGO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. |
| 3 | REALICE LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PARA CADA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN - RIA ESTABLECIDO POR LA SUBRED. |
| 4 | REGISTRE LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIE EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO, LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LOS TIEMPOS DETERMINADOS. |
| 5 | ORDENE LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTIVA, PARA ASÍ DISPONER DE RESULTADOS EL DÍA DE LA TELECONSULTA CON EL ESPECIALISTA. |

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° 7990691929	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	\$ 375.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 73.100
OTRO			

TOTAL PAGADO

\$ 928.100

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



DANIEL HERRERA PARRA

PS_7271_2025_C5D91D

DANIEL HERRERA PARRA

CC: 1136889983

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_7271_2025_C5D91D

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1136889983
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DANIEL HERRERA PARRA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 72B #6D-73	TELÉFONO:	4112851
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7990691929	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1934647239

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 467.000
SUBTOTAL:			1	\$ 467.000

SALUD

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 364.900
SUBTOTAL:			1	\$ 364.900

CAJA DE COMPENSACIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 58.400
SUBTOTAL:			1	\$ 58.400

RIESGOS PROFESIONALES

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 71.100
SUBTOTAL:			1	\$ 71.100

VALOR SIN MORA:	\$ 961.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 961.400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1136889983
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DANIEL HERRERA PARRA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 72B #6D-73 TELÉFONO:	4112851
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7995687598	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1939033282
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7990691929	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2025/11/18

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIÓN	1	\$ 13.000
SUBTOTAL:			1	\$ 13.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 10.100
SUBTOTAL:			1	\$ 10.100
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 1.600
SUBTOTAL:			1	\$ 1.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 2.000
SUBTOTAL:			1	\$ 2.000

VALOR SIN MORA:	\$ 26.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 26.700

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
PS 7271 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7271 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador

Comprobar Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar