

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		CC:	7168178	
CORREO ELECTRÓNICO:	HECTORFABIOOSPINA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3158724635	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 53A 127 70		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102670437

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1042 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.648.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO  
PS\_1042\_2025\_9D4483

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

CC: 7168178

CEL: 3158724635

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

**HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO**

CON C.C N°

7.168.178

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUROLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1042 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 44.360.720	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>80</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 119.506.249	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.648.400
---	----------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRECE (13) MESES

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ

**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 y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.  |
| 2  | Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. |
| 3  | Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.  |
| 4  | Participe en la programación de actividades del área.   |
| 5  | Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.  |
| 6  | Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.  |
| 7  | Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.   |
| 8  | Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.  |
| 9  | Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.   |
| 10 | Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.   |
| 11 | Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.   |
| 12 | REALICE 16 HORAS CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA, Y 64 HORAS INTERCONSULTAS. PROMEDIO 48 CONSULTAS Y 64 HORAS PISO.   |

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 91272846	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>

SALUD:	SANITAS	2025/12/10	\$ 4.501.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 6.482.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 376.100
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 11.360.400</b>

**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**



*HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO*

*PS\_1042\_2025\_9D4483*

**HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO**

**CC: 7168178**

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



*SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ*

*PS\_1042\_2025\_9D4483*

**SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

# HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

No somos Gran Contribuyente  
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA  
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

## Factura Electrónica de Venta

EFOS - 204

Representación Gráfica  
Autorización Numeración de Facturación Electrónica  
No. 18764082646017 de 31/10/2024 - 31/10/2026 autoriza EFOS - 151 a EFOS - 300

Tipo de Operación Estandar  
Fecha de Generación 17/12/2025 15:18  
Fecha de Vencimiento 17/12/2025 15:18  
Fecha de Validación 17/12/2025 15:18  
Forma de Pago Contado  
Medio de Pago Consignación bancaria  
Moneda COP



### DATOS DEL EMISOR

Razón Social HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO  
CC 7168178  
Obligación NO APLICA  
Email hectorfabioospina@gmail.com  
Teléfono 3158724635  
Dirección Fiscal CR 53 A 127 70 AP 1009, BOGOTA, D.C.,  
(BOGOTA, CO)

### DATOS DEL CLIENTE

Razón Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
NIT 900959051  
Obligación NO APLICA  
Email milucy18@gmail.com;  
radicacionfacturaelectronica@subredce  
ntrooriente.gov.co  
Teléfono 3282828  
Dirección Diagonal 34 No 5-43  
Ciudad, Depart. BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1		Prestación de hora servicios como Neurólogo	80	EA	\$95,605.00		\$7,648,400.00	\$7,648,400.00

1

Subtotal \$7,648,400.00

Total a Pagar \$7,648,400.00

regimen simple de tributacion

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 5fad3d363240ab2c04bc2d1121a9a03e40c83751cc04f5cd4cdc990e734fd921b76a4f53c9c795a9ff9225a94b175cd2

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

PÁGINA 1 / 1

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	7168178	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		Cra 50 # 152 - 20 apto 212	2715226		talento.humano@indeips.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/12/2025	91272846	\$11.360.400	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	4.448.500	0		0		0	19	53.200	0	4.501.700	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	5.694.000	0	0	178.000	533.900	19	68.100	8.600	6.482.600	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	371.600				371.600	19	4.500	376.100			3.716	376.100	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	19	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	19	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	4.448.500	4.501.700
Pensión	1	6.405.900	6.482.600
Riesgos Laborales	1	371.600	376.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>11.226.000</b>	<b>11.360.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7168178	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		Cra 50 # 152 - 20 apto 212	2715226	talento.humano@indeips.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/12/2025	91272846	\$11.360.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	7168178	OSPINA SARMIENTO HECTOR FABIO			57	0			N																	25-14	35.587.500	5.694.000	0	0	178.000	533.900	EPS005	35.587.500	4.448.500	14-11	35.587.500	2	371.600		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

## Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 1042 2025 CRP-4435.pdf	1 PS 1042 2025 CRP-4435.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2 PS 1042 2025 CRP-14909.pdf	2 PS 1042 2025 CRP-14909.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3 PS 1042 2025 CRP-18613.pdf	3 PS 1042 2025 CRP-18613.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	NC ADI PRO CDP 2994.zip	NC ADI PRO CDP 2994.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>