

¿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 |
|---|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados | | | | |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. PS 1709 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | 1. PS 1709 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 2. PS 1709 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | 2. PS 1709 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | 3. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 4. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | 4. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 5. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | 5. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 6. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | 6. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 1709 2025 CRP-6325.pdf | 1 PS 1709 2025 CRP-6325.pdf |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 1709 2025 CRP-15897.pdf | 2 PS 1709 2025 CRP-15897.pdf |
| <input type="checkbox"/> 7. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | 7. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 1709 2025 CRP-18933.pdf | 3 PS 1709 2025 CRP-18933.pdf |
| <input type="checkbox"/> 8. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | 8. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 9. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | 9. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 10. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | 10. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> 11. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | 11. PS 1709 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 91284723 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | OSCAR GUTIERREZ RINCON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 12 C 71C-61 CASA 8B | TELÉFONO: | 3222022 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de hospitales y clínicas, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 7999218861 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: | AÑO: 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 10 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/12/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 2008323362 |

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

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | |
|---------------------|--------|------------------------|------------|---------------------|
| | | | TOTALES | |
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 1.230.300 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 1.230.300 |
| SALUD | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8301138310 | EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1 | \$ 904.400 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 904.400 |

| | |
|------------------------|---------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 2.121.100 |
| VALOR MORA: | \$ 13.600 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 2.134.700 |



OSCAR FERNANDO GUTIERREZ

NIT 91.284.723-6
CL 12 C 71-61
Tel: (031) 7007403
Bogotá - Colombia
neurosfer@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. 0 71

| | | | |
|------------------|---|-----------------|-------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE | | |
| NIT | 900.959.051-7 | Teléfono | (601) 3444484 |
| Dirección | DG 34 3-14 | Ciudad | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|----------------------|-------------------|
| Generación | 11/12/2025, 16:34 |
| Expedición | 11/12/2025, 17:02 |
| Vencimiento | 11/12/2025 |

| Ítem | Descripción | Vr. Bruto | Cantidad | Vr. Total |
|------|---|---------------|----------|---------------|
| 1 | Honorarios medicos como neurocirujano mes de diciembre 2025 | 19,312,210.00 | 1.00 | 19,312,210.00 |

Total ítems: 1

Valor en Letras: Diecinueve millones trescientos doce mil doscientos diez pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 19,312,210.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094322112 aprobado en 20250612 prefijo 0 desde el número 65 al 500 Vigencia: 6 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66

CUFE: ea4f5c08a0d5a8d8497165ce4a7cb4956042911bf11020e0eb3f6115329ae9183d9b6e8226602de6923f75af74a12a08

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON | | CC: | 91284723 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | NEUOSFER@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3002006304 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 12C 71C 61 | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: 102561321 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|---------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1709 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 19.312.210 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON
PS_1709_2025_0C957D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

CC: 91284723

CEL: 3002006304

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

CON C.C N° **91.284.723**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUROCIRUJANO 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 1709 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 76.484.000 | No. HORAS EJECUTADAS | 202 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|----------------|--|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 252.875.225 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 19.312.210 |
|---|----------------|--|---------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SAUL ARDILA DURAN |

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 neurocirugía debe estudiar, diagnosticar y tratar oportunamente patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un enfoque ético, científico y humano. Su labor incluye brindar atención integral y segura, cumplir con protocolos y normativas vigentes, mantener registros clínicos completos y participar activamente en procesos de calidad, formación, seguridad del paciente y supervisión institucional, asegurando siempre la protección de la información, el uso adecuado de los recursos y la satisfacción del paciente. |
|---|---|

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 7999218861 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | ALIANSA LUD | 2025/12/15 | \$ 904.400 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/15 | \$ 1.230.300 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/15 | \$ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 2.134.700 |

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 ibr 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 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



OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

PS_1709_2025_0C957D

OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

CC: 91284723

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1709_2025_0C957D

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_1709_2025_0C957D

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO