


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS CARLOS PABON SANCHEZ		CC:	88273511	
CORREO ELECTRÓNICO:	lpabon20@hotmail.com		TELÉFONO:	3213432820	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 146A # 58C - 26		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0086155991

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1980 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 24.092.460
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		



LUIS CARLOS PABON SANCHEZ
PS_1980_2025_54CD49

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUIS CARLOS PABON SANCHEZ

CC: 88273511

CEL: 3213432820

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

LUIS CARLOS PABON SANCHEZ

CON C.C N°

88.273.511

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1980 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 103.253.400	No. HORAS EJECUTADAS	252
-----------------------------------	----------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 306.318.420	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 24.092.460
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

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 | 1. Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas. |
| 2 | 2. Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos. |
| 3 | 3. Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación. |
| 4 | 4. Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios. |
| 5 | 5. Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional. |
| 6 | 6. Colabore activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios. |
| 7 | 7. Participe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%. |
| 8 | 8. Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social. |
| 9 | 9. Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres. |
| 10 | 10. Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional. |

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° 9496331158	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 1.038.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 1.412.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 202.640
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.653.540


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 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	 <i>LUIS CARLOS PABON SANCHEZ</i> <i>PS_1980_2025_54CD49</i> <hr/> LUIS CARLOS PABON SANCHEZ CC: 88273511
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</i> <i>PS_1980_2025_54CD49</i> <hr/> CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
1c4a4bca7a843130bd0bd0ffd340388e31bf2464cf6a4a9cb0bb1449fb23b3aa49721113aebad4b3eaa89d6441756411
Número de Factura: LPS-148
Fecha de Emisión: 17/12/2025
Fecha de Vencimiento: 17/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PABON SANCHEZ LUIS CARLOS
Nombre Comercial: PABON SANCHEZ LUIS CARLOS
Nit del Emisor: 88273511
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 137 91 97 TO 4 AP 601 BRR SUBA
Teléfono / Móvil: 4680364
Correo: 16pabonfactura@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil:
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	HONORARIOS MEDICOS POR PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS Y REANIMACION EN EL MUNICIPIO DE BOGOTA	NIU	252,00	\$ 95.605,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 24.092.460,00

Notas Finales

Municipio donde se prestó el servicio: Bogotá
Servicios prestados durante el mes de Diciembre del 2025
Nro. De Contrato CPS 1980 2025
252 Horas de servicio en urgencias y reanimación; Valor hora \$95,605
Favor consignar a la cuenta de ahorros libreton No. 086155991 del Banco BBVA
Informo que he realizado actualización de la responsabilidad 47 que corresponde al régimen simple de tributación de conformidad a lo dispuesto en el artículo 1.5.8.3.1 del DUR 1625 del 2016 expuesto en el artículo 911 del estatuto tributario, los contribuyentes de régimen simple de tributación -simple no estarán sujetos a retención en la fuente a título de renta ni de ICA. Anexo rut actualizado para su validación
Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 17/12/2025 19:37:43
Documento validado por la DIAN:
 17/12/2025 19:37:44
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	24092460
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24092460
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	24092460
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24092460

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	24.092.460,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24.092.460,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	24.092.460,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24.092.460,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764073167847 Rango desde: 101 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-06-18

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88273511		PABON SANCHEZ LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 146A # 58C - 56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4680364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	972648464	9496331158	I	2025/12/05	2025/12/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	6	\$2,703,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,260,272	\$1,404,500			\$8,260,272	\$1,032,600			\$8,260,272	\$49,600			\$8,260,272	\$201,300			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,260,272	\$1,404,500			\$8,260,272	\$1,032,600			\$8,260,272	\$49,600			\$8,260,272	\$201,300			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$8,260,272	\$1,404,500			\$8,260,272	\$1,032,600			\$8,260,272	\$49,600			\$8,260,272	\$201,300			\$0	\$0
1	CC 88273511	PABON LUIS	230301	30	\$8,260,272	\$1,404,500	EPS008	30	\$8,260,272	\$1,032,600	CCF24	30	\$8,260,272	\$49,600	14-11	30	\$8,260,272	\$201,300	30		\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$8,260,272	\$1,404,500			\$8,260,272	\$1,032,600			\$8,260,272	\$49,600			\$8,260,272	\$201,300			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88273511		PABON SANCHEZ LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 146A # 58C - 56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4680364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	972648464	9496331158	I	2025/12/05	2025/12/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	6	\$2,703,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,404,500	\$7,700	\$0	\$1,412,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,404,500	\$7,700	\$0	\$1,412,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$201,300	\$1,340	\$0	\$202,640	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$201,300	\$1,340	\$0	\$202,640	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,600	\$360	\$0	\$49,960	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$49,600	\$360	\$0	\$49,960	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,032,600	\$6,100	\$0	\$1,038,700	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$1,032,600	\$6,100	\$0	\$1,038,700	
TOTAL				1	\$2,688,000	\$15,500	\$0	\$2,703,500	