

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OWEN OMAR ALBA TORRES			CC:	74372841
CORREO ELECTRÓNICO:	owenalba@gmail.com			TELÉFONO:	3183728506
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 27 N° 22 - 53 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400763135
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2003 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.982.848	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 OWEN OMAR ALBA TORRES PS_2003_2025_BA68CC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OWEN OMAR ALBA TORRES CC: 74372841 CEL: 3183728506					

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

OWEN OMAR ALBA TORRES

CON C.C N°

74.372.841

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2003 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 39.278.520	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 97.540.596	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.982.848
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

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	.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	.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	.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 triare, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.
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	.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	.Colaboré 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	.Partícipe 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	.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	.Coordiné integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirigió unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6004200713-7998787917	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/22	\$ 358.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/22	\$ 454.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/22	\$ 69.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 882.200
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	 OWEN OMAR ALBA TORRES PS_2003_2025_BA68CC OWEN OMAR ALBA TORRES CC: 74372841		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_2003_2025_BA68CC CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OWEN OMAR ALBA TORRES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO 301	TELÉFONO: 5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7998787917	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2058987830

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		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 384.700
SUBTOTAL:			1	\$ 384.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 300.500
SUBTOTAL:			1	\$ 300.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 58.600
SUBTOTAL:			1	\$ 58.600

VALOR SIN MORA:	\$ 743.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 743.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74372841
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: OWEN OMAR ALBA TORRES
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CARRERA 68G # 73A-09 APTO 301 TELÉFONO: 5440019
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 6004200713 TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2025 SALUD: AÑO: 2025
 DÍAS DE MORA: 9
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/01/22 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2101445933

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 7998787917 FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2026/01/05

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 69.500
SUBTOTAL:			1	\$ 69.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 54.300
SUBTOTAL:			1	\$ 54.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 10.600
SUBTOTAL:			1	\$ 10.600

VALOR SIN MORA:	\$ 133.600
VALOR MORA:	\$ 800
TOTAL PAGADO:	\$ 134.400

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	PS 2003 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 2003 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2003 2025 CRP-6572.pdf	1 PS 2003 2025 CRP-6572.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2003 2025 CRP-15051.pdf	2 PS 2003 2025 CRP-15051.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2003 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2003 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2003 2025 CRP-19172.pdf	3 PS 2003 2025 CRP-19172.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE VITAL AVANZADO RCCP.pdf	SOPORTE VITAL AVANZADO RCCP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE VITAL BASICO RCCP.pdf	SOPORTE VITAL BASICO RCCP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2003 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo