

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA			CC:	79579408
CORREO ELECTRÓNICO:	OSFEMAOR71@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3112323683
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AC 147 15 51 CS 39			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	6000867843
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1653 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 9.180.000	
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				
 OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA PS_1653_2025_1D60E6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA CC: 79579408 CEL: 3112323683					

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

CON C.C N° 79.579.408

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1653 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 41.034.240	No. HORAS EJECUTADAS	102
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 123.455.952	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.180.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO

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	1. Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes. 2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros. 9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. 12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 13. reportar los eventos de notificación obligatoria. 14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones 18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf. 19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato. 21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales 22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred 23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia . 24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1078533762	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 1.066.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/06	\$ 1.450.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/06	\$ 207.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.725.000

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	 OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA PS_1653_2025_1D60E6 OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA CC: 79579408
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1653_2025_1D60E6 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JORGE EDUARDO CARO CARO PS_1653_2025_1D60E6 JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO

OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA
NIT: 79579408-4
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
AV CL 147 15 51 IN 39, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3112323683
Email. osfemaor71@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764084452534 válida desde 2024-12-01 hasta 2026-12-01 rango desde FE301 hasta FE400.

Nombre o Razón

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Social:

CENTRO ORIENTE ESE

NIT :

900959051

Dirección:

DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono:

3444484

Email:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago:

Crédito

Medio de Pago:

Transferencia Débito Bancaria

Fecha de Pago:

28/02/2026

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

FE316

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

11:30:06-05:00

FECHA FIRMADO:

15/01/2026 11:30:07

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

DIA

MES

AÑO

15

01

2026

28

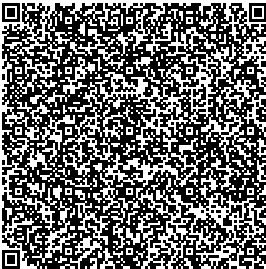
02

2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	Servicios de salud Honorarios médico ginecólogo realizados del 1 al 31 de enero de 2026 UHMES LA VICTORIA Y UHMES JORGE ELIECER GAITAN	WSD	102,00	\$90.000,00				0,00	\$9.180.000,00

Notas: SON: (nueve millones ciento ochenta mil pesos) CUFE: a7c7d3440671e726edb789f7a2b0e3bdf53165ba39be364978a04ac73eb17d21d0a4f8ad88b00bb5e39f079e6c510304	Subtotal:	\$9.180.000,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$9.180.000,00

Firma Digital: rKTcAuKA74n+4Z3m6rKMnmHUojf+1rHHeia0WiWYSDWiyrok3N0MF2TTrQmaF4u/
H/irtlOo0YEan2NHf2b+B+4lcogjUqUASpsHcaKnImGMoa3pJl
qDls1VfcnJAY0m Z7Kc0lnVbhsQm2Kq5M+Z6JOLLwmd6+sNtVvaOFL9zyCgoyCRNpnZ34bD+Fxy5ko 2S9OkWCwsaAkRiBsU+te5KGDW21aA8/yDNO
XcTAUZPol4DMzZpNGjHtB09bGuSJP ZxZLSzpJlDeXWMGG1J6KbwSbapYpVfKfhO0oM4ys6g+EOpvvuzJXrl71A9bHzRDp IZSk4leRl1YaOS2upvxN
mA==
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



Fecha creación reporte: 2026-01-06, 08:57:30 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1078533762

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

PAGADO 06/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA		
Documento	CC79579408	Dirección	AV. CALLE 147AVE #15 - 51 CASA 39
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6159599
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 79579408	OSCAR FERNANDO MARROQUIN ORTEGA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 8.532.000	\$ 1.450.600	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 8.532.000	\$ 1.066.500	2,436	\$ 8.532.000	\$ 207.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.725.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 8.532.000	\$ 8.532.000	\$ 8.532.000	\$ 0	\$ 1.450.600	\$ 1.066.500	\$ 207.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.725.000	\$ 0	\$ 2.725.000