

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ALEJANDRO GIL MINA			CC:	79734990
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEJOSALUDA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3013700333
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 58B SUR N° 78F - 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480294019
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1850 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 11.385.000	
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				
 LUIS ALEJANDRO GIL MINA PS_1850_2025_75B760 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS ALEJANDRO GIL MINA CC: 79734990 CEL: 3013700333					

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

LUIS ALEJANDRO GIL MINA

CON C.C N°

79.734.990

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 1850 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 55.200.000	No. HORAS EJECUTADAS	99
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 146.590.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.385.000
--	----------------	---	---------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
------------------------	--------------------------------

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. Realizo valoración de pacientes del servicio de Uci Pediátrica durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación

1	por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos. 21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participé en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera. 22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. 24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
---	--

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° 1078561814	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 991.600
PENSIÓN:	SKANDIA	2026/01/06	\$ 729.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	\$ 142.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.862.700

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LUIS ALEJANDRO GIL MINA PS_1850_2025_75B760 LUIS ALEJANDRO GIL MINA CC: 79734990
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1850_2025_75B760 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1850_2025_75B760

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-01-06, 03:15:34 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	LUIS ALEJANDRO GIL MINA
CEDULA CIUDADANIA	CC 79734990
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1078561814
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2063888382
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.862.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	\$ 991.600	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 729.000	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 142.100	\$ 0
SubTotales:				\$ 1.862.700	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 1.862.700





[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 10:32:33

LUIS ALEJANDRO GL...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



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? ☐ Sí ☒ 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		
☐	1. PS 1850 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1850 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1850 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1850 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	5. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1850 2025 CRP-6452.pdf	1 PS 1850 2025 CRP-6452.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1850 2025 CRP-15275.pdf	2 PS 1850 2025 CRP-15275.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1850 2025 CRP-19043.pdf	3 PS 1850 2025 CRP-19043.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1850 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Espacio para
Logo Corporativo

GIL MINA LUIS ALEJANDRO
NIT 79.734.990-4
CL 58 BIS SUR 78F 20
Tel: (031) 4602984
Bogotá - Colombia
alejosaluda@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. 107

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3444484
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	12/01/2026, 20:24
Expedición	12/01/2026, 20:24
Vencimiento	12/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Hora Especialista en Pediatría	99.00	11,385,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Once millones trescientos ochenta y cinco mil pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 11,385,000.00

Observaciones:

SERVICIO PRESTADO DURANTE EL MES DE ENERO 2026

Total Bruto	11,385,000.00
Total a Pagar	11,385,000.00

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 18764101613199 aprobado en 20251114 prefijo desde el número 76 al 180 Vigencia: 6 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 5acd15135d3ef0ac0600306ee97e50d0111d9ccc248a7056627fb37e0687b11fcd8061a4e9590115fe9f28afb1d8587

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML