SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ**			**CC:**	**5874977**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VITOKE198533@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3045894252**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 9 SUR 2 32**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**37265083600**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2048 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 24.092.460**
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**				

VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ
PS_2048_2025_492B3D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ
CC: 5874977
CEL: 3045894252

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ			
	CON C.C N°	**5.874.977**	
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 2048 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 103.253.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 349.914.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 24.092.460
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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 triage, 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	Garanticé 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	Participé 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 dirigí 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,** ***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° 1825964	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	$ 1.503.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/05	$ 2.044.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	$ 293.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.841.200

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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ* *PS_2048_2025_492B3D* **VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ** **CC: 5874977**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ* *PS_2048_2025_492B3D* **CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5874977	VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ	CL 9 SUR 2-32	3045894252	vitoke198533@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1825964	$3.841.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.503.400	0		0		0	0	0	0	1.503.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	1.924.400	0	0	60.200	60.200	0	0		2.044.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	293.000				293.000	0	0	293.000			2.930	293.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.503.400	1.503.400
Pensión	1	2.044.800	2.044.800
Riesgos Laborales	1	293.000	293.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.841.200	3.841.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5874977	VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ		CL 9 SUR 2-32	3045894252	vitoke198533@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

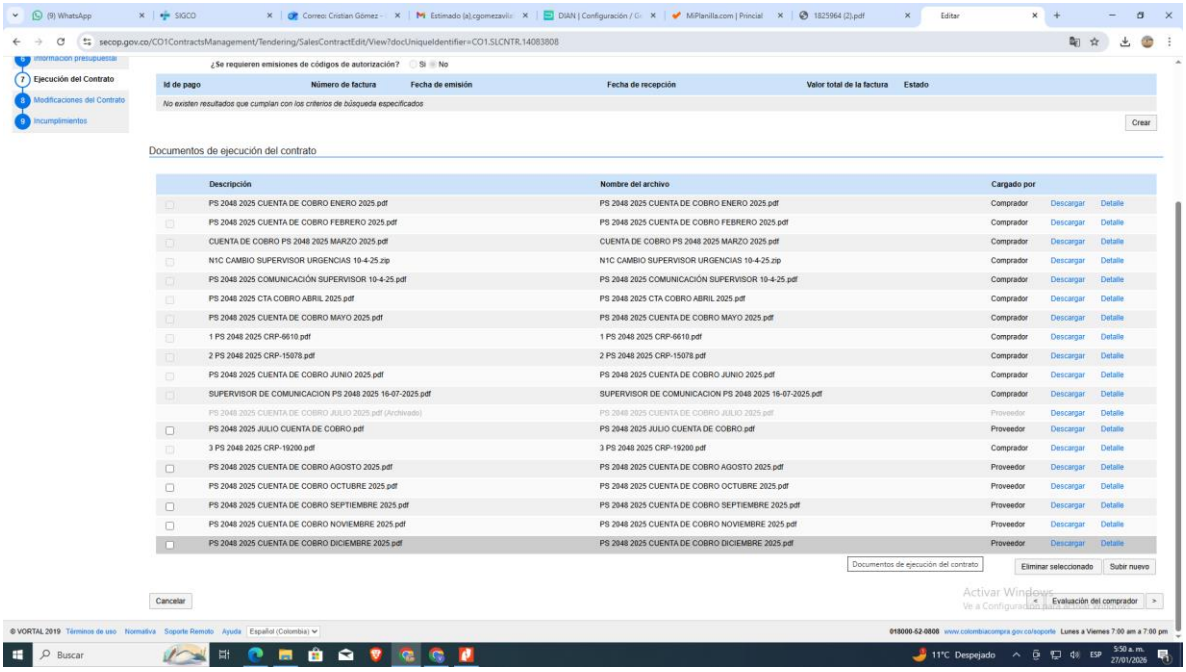
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1825964	$3.841.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	5874977	LOPEZ DIAZ VICTOR ALFONSO	59	0			N																	231001	12.027.000	1.924.400	0	0	60.200	60.200	EPS005	12.027.000	1.503.400	14-11	12.027.000	3	293.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14083808
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
¿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 2048 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO PS 2048 2025 MARZO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
1 PS 2048 2025 CRP-6610.pdf Comprador Descargar Detalle
2 PS 2048 2025 CRP-15078.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 2048 2025 16-07-2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado) PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2048 2025 JULIO CUENTA DE COBRO.pdf PS 2048 2025 JULIO CUENTA DE COBRO.pdf Proveedor Descargar Detalle
3 PS 2048 2025 CRP-19200.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2048 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Eliminar seleccionado
Subir nuevo
Cancelar
Activar Windows
Evaluación del comprador
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm
Buscar
11°C Despejado
ESP
5:50 a. m.
27/01/2026

VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ

NIT 5874977 - 9
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764105048907 del 26/01/2026 al 26/01/2028
Habilita numeración de:
FEVL-44 al FEVL-100
Régimen: No responsable de IVA
Responsabilidad fiscal:
O-47 Régimen simple de tributación

CALLE 9 SUR 2 32

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

NIT 5.874.977-9 RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
CL 9 SUR 2 32 BRR LA MARIA
VICTOR ALFONSO LOPEZ DIAZ

Autorización de numeración de facturación electrónica
No 18764105048907 del 26/01/2026 al 26/01/2028

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900959051 - 7
Dirección: DIAGONAL 34 No 5-43
Codigo Cliente 01
Teléfono: 3444484
Dirección Despacho:
Contacto:
Ciudad: Bogotá, D.C
Departamento: Bogotá
País: Colombia

Factura Electronica de Venta No. FEVL44
Fecha de emisión: 27/01/2026 05:22:46 AM
Fecha de validación DIAN: 27/01/2026 05:29:48 AM
Fecha de vencimiento: 27/01/2026
Plazo (Días): 0
Codigo de Moneda COP
Tasa de Cambio
Orden de Compra
Remisión
Pedido
Asesor VICTOR LOPEZ
Aviso de Recibo

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E SEGÚN CONTRATO - OPS: PS 2048 2025. PERIODO FACTURADO 01 AL 31 DE ENERO DE 2026	252,00	unidad	COP 95,605.00	COP 0.00			COP 24,092,460.00

Total de items: 1
Observaciones
POR FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES EN LA FUENTE PORQUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria

FORMA DE PAGO: CONTADO
MEDIDO DE PAGO : DÉBITO AHORRO
Favor realizar el pago a la cuenta de ahorros No. 372-650-836-00 de Bancolombia
TEL : 3045894252

Subtotal:	COP 24,092,460.00

Impuestos:	COP 0.00
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 24,092,460.00
Neto a pagar	COP 24,092,460.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE 149885ca0cdb6b35053e2da00ebc2fa7222ca8f399a6c53f12969eb8cfb90a8a316ec00ec15eaeb85ee44c60422679ec