

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		CC:	7168178	
CORREO ELECTRÓNICO:	HECTORFABIOOSPINA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3158724635	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 53A 127 70		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102670437

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1042 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.222.030
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		



HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO
PS_1042_2025_B2CFBD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

CC: 7168178

CEL: 3158724635

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

HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

CON C.C N°

7.168.178

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1042 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 44.360.720	No. HORAS EJECUTADAS	86
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 129.353.564	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.222.030
---	----------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ

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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participe en la programación de actividades del área.
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	REALICE 12 HORAS CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA, Y 74 HORAS INTERCONSULTAS. PROMEDIO 36 CONSULTAS Y 74 HORAS PISO.

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° 3354275	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/02/19	\$ 4.529.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/19	\$ 6.522.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/19	\$ 378.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 11.430.300


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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <p><i>HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO</i> <i>PS_1042_2025_B2CFBD</i></p> <hr/> <p>HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO CC: 7168178</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</i> <i>PS_1042_2025_B2CFBD</i></p> <hr/> <p>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta

EFOS - 207

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764082646017 de 31/10/2024 - 31/10/2026 autoriza EFOS - 151 a EFOS - 300

Tipo de Operación Estandar
Fecha de Generación 20/02/2026 16:13
Fecha de Vencimiento 20/02/2026 16:13
Fecha de Validación 20/02/2026 16:13
Forma de Pago Contado
Medio de Pago Consignación bancaria
Moneda COP



DATOS DEL EMISOR

Razón Social HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO
CC 7168178
Obligación NO APLICA
Email hectorfabioospina@gmail.com
Teléfono 3158724635
Dirección Fiscal CR 53 A 127 70 AP 1009, BOGOTA, D.C.,
(BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900959051
Obligación NO APLICA
Email milucy18@gmail.com;
radicacionfacturaelectronica@subredce
ntrooriente.gov.co
Teléfono 3282828
Dirección Diagonal 34 No 5-43
Ciudad, Depart. BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1		Prestación de hora servicios como Neurólogo	86	EA	\$95,605.00		\$8,222,030.00	\$8,222,030.00

1

Subtotal \$8,222,030.00

Total a Pagar \$8,222,030.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7168178	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		Cra 50 # 152 - 20 apto 212	2715226	talento.humano@indeips.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	19/02/2026	3354275	\$11.430.300	

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	4.448.500	0		0		0	29	80.900	0	4.529.400	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	5.694.000	0	0	178.000	533.900	29	103.500	13.100	6.522.500	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	371.600				371.600	29	6.800	378.400			3.716	378.400	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	29	0	0	0
ICBF				
0	29	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	4.448.500	4.529.400
Pensión	1	6.405.900	6.522.500
Riesgos Laborales	1	371.600	378.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	11.226.000	11.430.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7168178	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		Cra 50 # 152 - 20 apto 212	2715226	talento.humano@indeips.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	19/02/2026	3354275	\$11.430.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SILN	ISE	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	7168178	OSPINA SARMIENTO HECTOR FABIO	57	0		N															25-14	35.587.500	5.694.000	0	0	178.000	533.900	EPS005	35.587.500	4.448.500	14-11	35.587.500	2	371.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1042 2025 CRP-18613.pdf	3 PS 1042 2025 CRP-18613.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	NC ADI PRO CDP 2994.zip	NC ADI PRO CDP 2994.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 1042 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle