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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRES FELIPE QUINTERO LIS**			**CC:**	**1032421212**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BILLUT47@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3012708036**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 23B BIS 75 77**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**380340760**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1388 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 13.512.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

ANDRES FELIPE QUINTERO LIS
PS_1388_2026_CBCDD8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES FELIPE QUINTERO LIS
CC: 1032421212
CEL: 3012708036

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			
ANDRES FELIPE QUINTERO LIS			
	CON C.C N°	**1.032.421.212**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1388 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**140**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.807.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 13.512.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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)**
	: Médico Especialista 1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral. 2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales. 3. Informar de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida. 4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención. 5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales. 6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido. 7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente. 8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud. 9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio. 10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales. 11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados. 12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones. 13. Cumplir con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato. 14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual. 15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su

1	asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial. 16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato. 18. Cumplir con las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6015559731	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/14	$ 791.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/14	$ 1.013.100
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/04/14	$ 154.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.958.900

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	*ANDRES FELIPE QUINTERO LIS* *PS_1388_2026_CBCDD8* **ANDRES FELIPE QUINTERO LIS** **CC: 1032421212**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1388_2026_CBCDD8* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_1388_2026_CBCDD8* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032421212
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES QUINTERO LIS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 127C NO 3 - 81 TORRE 3 APTO 603	TELÉFONO:	6256925
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6015559731**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	222579498

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 1.013.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 0	$ 1.013.100	$ 4.800	$ 1.017.900
SUBTOTALES:										**$ 1.013.100**	**$ 4.800**	**$ 1.017.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 791.500	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 791.500	$ 3.800	$ 0	$ 795.300
SUBTOTALES:													**$ 791.500**	**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 795.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 154.300	$ 154.300	$ 800	$ 0	$ 155.100
SUBTOTALES:									**$ 154.300**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 155.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1032421212	QUINTERO LIS ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 6.331.384				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 6.331.384	$ 1.013.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.013.100	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 6.331.384	$ 791.500	$ 0	$ 791.500	14-25-COLMENA	30	$ 6.331.384	103242121	$ 154.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.968.300

Planilla Pagada

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 14:22:45
AFQL



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 1388 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1388 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1388 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1388 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Factura Electrónica De Venta No. FE103

Numero de resolución:18764107377131

Rango Autorizado: Desde FE-101 Hasta FE- 1000

Vigencia:19/03/2026 Hasta 19/03/2028

Datos del documento	CUFE: a4747c06ee6ae6f9911d7d35183290033607b095ef8e92173a2fc26e1a26f763615f3e95dec087da138cee144d81e51c		
Fecha de expedición	20/04/2026 17:07	**Fecha de vencimiento**	20/04/2026
Tipo de pago	Contado	**Medio de pago**	Consignación bancaria
Observaciones	Objeto, brindar servicios de manera personal y autónoma en su condición de médico internista para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios y en las unidades que Se requiera, conforme a las necesidades de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Vendedor			

Datos del emisor	ANDRES FELIPE QUINTERO LIS		
NIT	1032421212-9	**Dirección**	calle 127 c 3-81 torre 3 apto 603
País	Colombia	**Departamento**	Bogotá
Municipio	Bogotá, D.C.	**Telefono**	3012708036
Correo	billut47@outlook.es	**Responsabilidad Fiscal**	No aplica – Otros *
Tipo de contribuyente	Persona Natural	**Responsabilidad tributaria:**	No aplica

Datos del adquiriente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900959051-7	**Dirección**	DG 34 5 43
País	Colombia	**Departamento**	Bogotá
Municipio	Bogotá, D.C.	**Telefono**	3023290575
Correo	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	**Tipo de contribuyente**	Persona Jurídica

Código	Descripción	Precio	Cantidad	Descuento	IVA	%	INC	Total
HONPS01	Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1388 2026, correspondiente al mes de Abril 2026. 140 horas.	$ 13.512.100	1 unidad(s)	$ 0	$ 0	0	$ 0	$ 13.512.100

Total items: 1 **Total cantidad:** 1

Cargos y Descuentos	Valor

Subtotal IVA 0%:	$ 13.512.100
Descuento:	$ 0
Total factura:	**$ 13.512.100**
Cargos:	$ 0
Otros descuentos:	$ 0

Valor en Letras:

TRECE MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL CIEN COP M/CTE

Total a Pagar: **$ 13.512.100**