

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA		CC:	1090408486	
CORREO ELECTRÓNICO:	MDMAXI@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3138684914	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10D ESTE # 13 - 61 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	542383492

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1380 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 11.581.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA
PS_1380_2026_8D5B0D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CC: 1090408486

CEL: 3138684914

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

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

CON C.C N° 1.090.408.486

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 1380 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 71.807.160	No. HORAS EJECUTADAS	120
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 71.807.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.581.800
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

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	.Realicé actividades, procedimientos diagnosticos 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	".Brinde 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	.Informe 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	.Respete los derechos del paciente, cumplir el código de ética medica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención
5	.Garantice 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	".Contribuí en las 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	.Notifique 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	.Apoye las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la subred integrada de servicios de salud.
9	.Preste 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	.Contribuí con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales.
11	.Contribuí con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados
12	.Contribuí con el proceso de respuesta relacionado con auditoria de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones.
13	.Cumplí con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato.
14	.Asistí y participe activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual.
15	.Utilice 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 asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

16	.Realice la inscripción y habilitación vigente en rehús, mipres y ruaf de acuerdo a su objeto contractual. porte el carne institucional durante la ejecución de las actividades contractuales.
17	.Realicé el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato.
18	.Desarrollé las demas actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervision. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504638491	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/20	\$ 550.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/20	\$ 704.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/20	\$ 107.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.361.700


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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA PS_1380_2026_8D5B0D <hr/> MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA CC: 1090408486
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1380_2026_8D5B0D <hr/> DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1380_2026_8D5B0D

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

MAXIMILIANO VASQUEZ OSPINA

NIT: 1090408486-7

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

TV 64 1 56 IN 11 AP 101, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3138684914

Autorización facturación electrónica No. 18764103301245 válida desde 2025-12-18 hasta 2026-06-18 rango desde MVO69 hasta MVO10000

Régimen Simple de Tributación Simple

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3282828
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	MVO74
Fecha Emisión	20/05/2026 16:33:39
Fecha Vencimiento	20/05/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	20/05/2026
Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA DEL 01 AL 31 DE MAYO DEL 2026 120 HORAS	WSD	120,00	\$96.515,00				0,00	\$11.581.800,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$11.581.800,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$11.581.800,00

CUFE:	69ee0201b801cdaf38b1bbc5d195e968f5f23c720fb3fef345217cb2406877dd5a2d01b9b3eee0ff834189590e5ef163
Total con letra:	(once millones quinientos ochenta y un mil ochocientos pesos)

Firma Digital: CNSI/mOYRG31+GD30ZBpgij6tyxdjUIAjnyLxY8qw7YhcPC06pdXhxqkZfqD3EXm
BpNih2B50dy7Shq4fxqbuXmdYA9ux6+YzmXk1Dl+4CqumQd81J
KwizWdUtsH+0e+ lzYb+bjA8m9hNhiasQY/qPztIMX11irPPoQOuqo5x3ia4NI0eKaQB6orVjJHz ciozG1PKKR4X9TJX4vGzxdZMsEUZ9wGprc0
oLnm5/8N/hdyGTLpu3v6nyPMZllPE p71zYHR4ZTmVjrRQBCROLeKcgV4z5jLb4FPBslWabjiWzE0bp2fRhWaVpBmehK6L 5cqQasbvDJBb+nFdHlLt
nQ==

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.



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																											
Identificación		dv	Razon Social					Clase Aportante			Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																					
CC 1090408486			VASQUEZ OSPINA MAXIMILIANO					INDEPENDIENTE			PRINCIPAL			KRA 10D ESTE 13-61 SUR			BOGOTA-BOGOTA D.E.			3138684914		No																					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																											
Periodo		Clave					Tipo		Fecha				Pago																														
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor																								
2026-04		2026-04		323724400		9504638491		I		2026/05/22		2026/05/20		BANCO DE BOGOTA			0		\$1,361,700																								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES														
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vs	pc	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																							\$4,401,084	\$704,200			\$4,401,084	\$550,200			\$0	\$0			\$4,401,084	\$107,300			\$0	\$0	\$1,361,700		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																							\$4,401,084	\$704,200			\$4,401,084	\$550,200			\$0	\$0			\$4,401,084	\$107,300			\$0	\$0	\$1,361,700		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
																							\$4,401,084	\$704,200			\$4,401,084	\$550,200			\$0	\$0			\$4,401,084	\$107,300			\$0	\$0	\$1,361,700		
1	CC 1090408486	VASQUEZ MAXIMILIANO																				23030	30	\$4,401,084	\$704,200	EPS005	30	\$4,401,084	\$550,200		0	\$0	\$0	14-11	30	\$4,401,084	2.436%	\$107,300	0	\$0	\$0	No	\$1,361,700
Total Afiliados(1)																							\$4,401,084	\$704,200			\$4,401,084	\$550,200			\$0	\$0			\$4,401,084	\$107,300			\$0	\$0	\$1,361,700		

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$704,200	\$0	\$0	\$704,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$704,200	\$0	\$0	\$704,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$107,300	\$0	\$0	\$107,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$107,300	\$0	\$0	\$107,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$550,200	\$0	\$0	\$550,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$550,200	\$0	\$0	\$550,200
TOTAL				1	\$1,361,700	\$0	\$0	\$1,361,700



- 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

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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	CPS 1380 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	CPS 1380 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1380 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1380 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1380 2026 CRP -8652.pdf	1 PS 1380 2026 CRP -8652.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1380 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1380 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle