

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ		CC:	1052397596	
CORREO ELECTRÓNICO:	MD.LAACERO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3125827651	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 35 60		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	88200002153

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2887 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.541.820
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		



LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ

PS\_2887\_2026\_DECF17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ

CC: 1052397596

CEL: 3125827651

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

**LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ**

**CON C.C N°**

**1.052.397.596**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2887 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 28.338.960	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>198</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 36.337.860	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.541.820
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES		

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

**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	1 Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluye seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas.
2	2. Informe 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	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	4. Respeté derechos del paciente, cummplí 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	5. Garantía al 100% del 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	6. Colabore 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	7. Participar 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	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 seguridad de cobro y el pago de aportes sociales.
9	9. Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrollo y dirección unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaborará guías y planos para emergencias y desastres.
10	10. Informar al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afecte 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6016891614	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/12	\$ 342.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 438.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 66.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 848.600

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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ</i> <i>PS_2887_2026_DECF17</i></p> <p><b>LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ</b> <b>CC: 1052397596</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_2887_2026_DECF17</i></p> <p><b>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052397596	NÚMERO PLANILLA:	<b>6016891614</b>		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 51 N 35-60	TELÉFONO:	2041348	DÍAS DE MORA:	0						
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	301603843			
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.								
TIPO EMPRESA:	ÚNICO										
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										
NO											

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 438.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 438.800	\$ 0	\$ 0	\$ 438.800
<b>SUBTOTALES:</b>												<b>\$ 438.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 438.800</b>

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	\$ 342.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 342.900
<b>SUBTOTALES:</b>												<b>\$ 342.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 342.900</b>

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 66.900
<b>SUBTOTALES:</b>												<b>\$ 66.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 66.900</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																								
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				PARAFISCALES																		
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		
1	CC 1052397596	ACERO RODRIGUEZ LUCIO ALEXANDER	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 2.742.480				NO																	230301-PORVENIR	30	2.742.480	\$ 438.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 438.800	EPS005-SANITAS S.A	30	2.742.480	\$ 342.900	\$ 0	\$ 342.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.742.480	\$ 105239759	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 848.600**

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

### Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 2887 2026 CTA COBRO ENERO 2026 .pdf	PS 2887 2026 CTA COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2887 2026 CTA COBRO FEBRERO 2026 .pdf	PS 2887 2026 CTA COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 2887 2026 CRP -9670.pdf	1 PS 2887 2026 CRP -9670.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2887 2026 CTA COBRO MARZO 2026 .pdf	PS 2887 2026 CTA COBRO MARZO 2026 .pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2887 2026 CTA COBRO ABRIL 2026 .pdf	PS 2887 2026 CTA COBRO ABRIL 2026 .pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >