

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON			CC:	91284723
CORREO ELECTRÓNICO:	NEUROSFER@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3002006304
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12C 71C 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102561321
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1449 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 18.243.520	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON PS_1449_2026_19A60E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON CC: 91284723 CEL: 3002006304					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

CON C.C N°91.284.723

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA NEUROCIRUJANO 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 1449 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 72.197.760	No. HORAS EJECUTADAS	188
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 116.836.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 18.243.520
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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	Como profesional en neurocirugía debe estudiar, diagnosticar y tratar oportunamente patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un enfoque ético, científico y humano. Su labor incluye brindar atención integral y segura, cumplir con protocolos y normativas vigentes, mantener registros clínicos completos y participar activamente en procesos de calidad, formación, seguridad del paciente y supervisión institucional, asegurando siempre la protección de la información, el uso adecuado de los recursos y la satisfacción del paciente.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6029576645	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/07/28	\$ 926.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/28	\$ 1.259.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/28	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.186.100

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

PS_1449_2026_19A60E

OSCAR FERNANDO GUTIERREZ RINCON

CC: 91284723

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1449_2026_19A60E

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_1449_2026_19A60E

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 1449 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1449 2026 CRP -8708.pdf	1 PS 1449 2026 CRP -8708.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1449 2026 CRP -15738.PDF	2 PS 1449 2026 CRP -15738.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5 PS 1449 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 91284723
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OSCAR GUTIERREZ RINCON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 12 C 71C-61 CASA 8B	TELÉFONO: 3222022
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de hospitales y clínicas,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6029576645	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	21	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 517152157

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 1.259.800
SUBTOTAL:			1	\$ 1.259.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSA S.A	1	\$ 926.300
SUBTOTAL:			1	\$ 926.300

VALOR SIN MORA:	\$ 2.152.800
VALOR MORA:	\$ 33.300
TOTAL PAGADO:	\$ 2.186.100



OSCAR FERNANDO GUTIERREZ

NIT 91.284.723-6
CL 12 C 71-61
Tel: (031) 7007403
Bogotá - Colombia
neurosfer@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. O 78

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3444484
Dirección	DG 34 3-14	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	28/07/2026, 17:53
Expedición	28/07/2026, 17:56
Vencimiento	28/07/2026

Ítem	Descripción	Vr. Bruto	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios medicos como neurocirujano mes de julio 2026	18,243,520.00	1.00	18,243,520.00

Total items: 1

Valor en Letras: Dieciocho millones doscientos cuarenta y tres mil quinientos veinte pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 18,243,520.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764113169712 aprobado en 20260728 prefijo O desde el número 78 al 500 Vigencia: 6 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 09e6c80392fc63538ece8c2f7362e3bcbfee75bed41a76e6559fc53fe9daeefec9b56f61d3c8466fda562d445b4746