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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ**			**CC:**	**1136880270**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MDHERRERAR@ME.COM**			**TELÉFONO:**	**3153815645**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CR 19 131A 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**71882434308**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3128 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 36.618.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ
PS_3128_2026_4F08F2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ
CC: 1136880270
CEL: 3153815645

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			
MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ			
	CON C.C N°	**1.136.880.270**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3128 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 90.000.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 188.000.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 36.618.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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)**
1	1. REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE SU ESPECIALIDAD 2. LLEVAR 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. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA 4. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA 5. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE 6. REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGÚN SE REQUIERA 7. NOTIFICAR 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. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE 9. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD 10. DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCIÓN BRINDADA 11. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN 12. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN 13. EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN 14. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 15. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS. 16. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACINADAS CON EL CUMPLIMINTO DE SUS ABLIGACIONES CONTRACTUALES. 17. PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA. 18. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 19. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92731986	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/18	$ 2.451.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/18	$ 3.334.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/18	$ 477.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 6.264.400

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	*MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ* *PS_3128_2026_4F08F2* **MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ** **CC: 1136880270**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_3128_2026_4F08F2* **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_3128_2026_4F08F2* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ
NIT: 1136880270 - 1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 19 No. 131a-30torre 2 apto 103 C.RESIDENCIAL BOSQUES DEL COUNTRY, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3153815645
Email. mdherrera.epilepsia@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764106149219 válida desde 2026-02-20 hasta 2026-08-20 rango desde FEV490 hasta FEV600

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051
Dirección: Diagonal 34# 5-43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3444484
Email: contratacion@subredcentrooriente.gov.co

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Interbancario
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **FEV537**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **11:42:03**
FECHA FIRMADO: **24/07/2026 11:42:04**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	07	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	Realización de estudios de Electroencefalografia	WSD	1,00	$36.618.000,00				$0,00	$36.618.000,00

Notas: REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

SON: (treinta y seis millones seiscientos dieciocho mil pesos con cero centavos)

CUFE: 348fa298929f03a10f29350ca4c419f6324655c6cb4141b174f1906d33468adf5099932ff21d7705538f8bf799f341c4

Subtotal:	$36.618.000,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$36.618.000,00

Firma Digital: jYacai/IxYUzQx64WgE/NdT5CdXRX28SJplpFVetHbN6ZAshBSPlHkkAsueOqZSb
HGWLyJA/8/lQT3dJnlXpyt3RsJmezDZ9Umf3dXwbSakSauPX4kB9FYNvHVMDVyQf
YcqYx+W4w1VBq7rRxXp2C0cuG4/sWRtu5gq76ocTxl2PGXvBWr24NicivtgOqre5
xPln6miqyP/2bbe1iAEzaobR/IR0mf1y2cqyHAjrTGImEykjjqSZlftY/8gmr77V
2s3baY6mR1rLcd7cH7H8wQVdPvlyxFtG2cqh6/Q99rESLV00fTySsibdXIiIhs8v
BIyUgnSvZlES2HiJ5J2nAw==

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 Electrónica de Venta..

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1136880270	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ	Cl 118 no 21-50 apto 501	315381564	miltondherrera@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92731986	18/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$6.264.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	2.451.900	0		0		0	0	0	0	2.451.900	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	3.138.400	0	0	98.100	98.100	0	0		3.334.600	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	477.900				477.900	0	0	477.900			4.779	477.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	2.451.900	2.451.900
Pensión	1	3.334.600	3.334.600
Riesgos Laborales	1	477.900	477.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6.264.400	6.264.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1136880270	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ	Cl 118 no 21-50 apto 501	315381564	miltondherrera@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92731986	18/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$6.264.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1136880270	HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID	59	0			N																	25-14	19.615.000	30	3.138.400	0	0	98.100	98.100	EPS010	19.615.000	30	2.451.900	14-11	19.615.000	30	3	477.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	188.000.000,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	188.000.000,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	188.000.000,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 3128 2026 CRP -10489.pdf	1 PS 3128 2026 CRP -10489.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3128 2026 CRP -13660.PDF	2 PS 3128 2026 CRP -13660.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	4. PS 3128 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Bogotá D.C. 22 julio de 2026
CCXP/632/026

Doctor
RAFAEL GUILLERMO DIAZ GONGORA
Subgerente Corporativo
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
Diagonal 34 No. 5 - 43

ASUNTO: AUDITORIA FACTURACIÓN Dr. MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente me permito remitir a su dependencia la respectiva auditoria (relación anexa) realizada a la facturación de la **Dr. Milton David Herrera Ramírez** correspondiente al periodo de **Junio de 2026**

El **Dr. Milton David Herrera Ramírez** presenta cuenta de cobro por concepto de actividades profesionales (neurología), según contrato **PS 4251 2026** de prestación de servicios por valor de **$36.618.000**, generando una glosa aceptada de **$0**,quedando un total para pago de **$36.618.000,** los servicios corresponden a realización de Electroencefalogramas y telemetrías hospitalarias.

Adjunto físico solicitado por supervisor del contrato.

Agradezco la verificación correspondiente por su departamento.

Cordialmente.

DR. JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
Supervisor de Contrato
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

Elaboró: Juan Camilo Ramírez Rincón – Analista de Cuentas Médicas por Pagar
Revisó: Claudia Lorena Gutiérrez Hernández – Referente Cuentas Médicas Por Pagar

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
MISIONAL – GESTION HOSPITALARIA
FORMATO BASE DE DATOS DE AUDITORÍA DE CUENTAS MEDICAS POR PAGAR

CÓDIGO: MI-HO-FT-081
VERSIÓN: 03

NUMERO DE CONTRATO	PS 4251 2026
VIGENCIA CONTRATO	30/06/2026
MES PRESTACION	JUNIO
CONTRATISTA	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ
NUMERO DE FACTURA	NO APLICA

AUDITORIA / FECHA | **DR. MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ/ JUNIO 2026 NEUROLOGÍA**

CONSECUTIVO	NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA PRESTACION SERVICIO	CODIGO ACTIVIDAD (SOAT)	CODIGO ACTIVIDAD (CUPS)	ACTIVIDAD	CANTIDAD	VALOR COBRADO	NUMERO FACTURA SUBRED	CONCEPTO GLOSA	VALOR DE LA GLOSA	ESTADO FINAL DE LA AUDITORIA
1	DANINSON SNEIDER PASTRAN JUNCA	TI	1071631231	46174	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	6	720000	SSCO0007870781	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
2	CLAUDIA ROCIO SARMIENTO NASTACUAS	CC	52031117	46175	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007874343	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
3	ALEX ANDRES VELANDIA FONSECA	TI	1115732042	46175	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	6	720000	SSCO0007873659	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
4	ANGEL DAVID ROZO CRUZ	RC	1021699736	46175	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	2	240000	SSCO0007879213	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
5	TATIANA WILSON ROBAYO	CC	53177960	46176	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007883106	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
6	MARTIN MATIAS TORIFIO VANEGAS	RC	1016756007	46176	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	SSCO0007880303	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
7	ORLANDO MORA HERNANDEZ	CC	19321285	46177	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007881154	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
8	NELLYS SOPHIA LEON VICENT	RC	1206231565	46178	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007881951	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
9	CESAR ALEJANDRO GUEVARA PARRADO	CC	1026560588	46178	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	4	480000	SSCO0007873837	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
10	NN ANTONIO NN	CC	11001NN000014795	46178	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007884391	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
11	ANAYDE ULLOA	CC	41550156	46178	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007875575	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
12	MARIA VALENTINA MARTIN GARCIA	TI	1011104507	46183	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	6	720000	SSCO0007873557	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
13	EITHAN ANDRES RAMIREZ LOPEZ	RC	1027304692	46183	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008661569	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
14	LUZ YESENIA CASTILLO GUERRERO	CC	1004616171	46183	26101	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008662673	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
15	ARANZA YURUBY SANCHEZ BOLIVAR	PP	1259081	46183	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	SSCO0007870245	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
16	LOGAN ALEXANDER GONGORA SOLIS	RC	1206232090	46183	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008663540	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
17	MARIA ANGELICA ALFONSO SALAZAR	CC	52034613	46183	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008663993	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
18	CRISTIAN RICARDO PEREIRA CRUZ	TI	1206215967	46183	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008665446	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
19	DAHIANA STEFANIA MORALES ORTIZ	TI	1028403395	46183	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	SSCO0007871678	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
20	NAYGON RODRIGUEZ CONCEICAO	BRA	8355535	46184	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646635348	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
21	JUAN JOSE GUALTEROS MONTENEGRO	RC	1140937684	46184	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	6	720000	SSCO0007872545	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
22	MIGUEL ANTONIO SALGADO CORTES	CC	17056987	46185	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007883954	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
23	JOSE EFRAIN MARTINEZ TOVAR	CC	80470634	46185	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646645524	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
24	JACQUELINE ORTIZ BAUTISTA	CC	51795272	46186	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646657245	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
25	NN ZAMIR NN TORRES	CC	1,101E+12	46186	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007878426	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
26	ERIK SANTIAGO RAMOS GUERRERO	TI	1016106488	46190	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	4	480000	SSCO0007885022	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
27	URBANO BERNAL TOLOZA	CC	18222838	46191	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646713191	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
28	ERBERTO TRILLERAS ZAMBRANO	CC	14937222	46192	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646713225	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
29	URBANO BERNAL TOLOZA	CC	18222838	46193	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646723822	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO

30	URBANO BERNAL TOLOZA	CC	18222838	46196	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646765808	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
31	MILADYS MARGARITA DOVAL RUIZ	CC	51974347	46197	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646765888	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
32	EBERTO TRILLERAS ZAMBRANO	CC	14937222	46197	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646769563	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
33	JONNY DUVAN QUINTERO OLMOS	CC	1026292645	46198	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	SSCO0007883805	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
34	ANTONY ALEJANDRO GUZMAN MENDEZ	RC	1025334912	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008732629	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
35	ALVA NIRLJETH ROJAS CAMACHO	CC	1072715614	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008732675	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
36	SHARONN ESTEFANY AGUILAR VARGAS	TI	1013134747	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008733873	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
37	JOSEFINA SIERRA GUASACO	CC	24022260	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008734352	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
38	MAYKY STANLY BARRERA ROCHA	RC	1016753044	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008734427	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
39	JULIAN DAVID SANCHEZ BELTRAN	TI	1028844596	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008734769	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
40	MARCO TULIO RAMOS SABOGAL	CC	19144361	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008734159	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
41	FABIO ANTONIO GALINDO	CC	80200823	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	00000008735906	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
42	LUIS CARLOS BARRERA TOOLEDO	CC	79770026	46198	26101-1	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	SSCO0007881777	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
43	ROCIO PARRA GONZALEZ	CC	39641520	46198	26101	891402	Electroencefalograma computarizado	1	61000	SSCO0007881390	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
44	NAYGON RODRIGUES CONCEIÇAO	BRA	BRA35535	46199	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646790735	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
45	JACQUELINE ORTIZ BAUTISTA	CC	51795272	46199	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646790632	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
46	MARIA EUGENIA ROMERO	CC	52409949	46200	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	12	1440000	646807231	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
47	WISKARLIS VALENTINA CAMACHO	VEN	VEN8324864	46203	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	4	480000	646821127	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
48	EMILI SOFIA MEDINA MONGUI	ID	1206216354	46203	26117	891901	Monitorizacion Electroencefalogrfica por video y radio	6	720000	646821125	SIN GLOSA	0	AVALADO PARA PAGO
									36618000			0	

VALOR AUDITADO	**$ 36.618.000**
TOTAL GLOSA	**$ 0**
VALOR GLOSA ACEPTADA	**$ 0**
VALOR GLOSA NO ACUERDO	**$ 0**
TOTAL PARA PAGO	**$ 36.618.000**

VoBo Revisor Admon
Juan Camilo Ramirez Rincon

CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS POR PAGAR
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ
NEUROLOGÍA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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 HOSPITALARIA
FORMATO BASE DE DATOS DE AUDITORÍA DE CUENTAS MEDICAS POR PAGAR

CÓDIGO: MI-HO-FT-081
VERSIÓN: 02
FECHA: 2025-10-07

AUDITORIA / FECHA	DR.MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ / JUNIO 2026 NEUROLOGÍA	CONTRATO No.	PS 4251 2026

NUMERO DE FACTURA	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR GLOSA ACEPTADA	VALOR GLOSA NO ACUERDO	TOTAL AVALADO PARA PAGO
NO APLICA	$36.618.000	$0	$0	$0	$36.618.000

VALOR AUDITADO	$ 36.618.000
TOTAL GLOSA	$ 0
TOTAL GLOSA ACEPTADA	$ 0
VALOR GLOSA NO ACUERDO	$ 0
TOTAL AVALADO PARA PAGO	$ 36.618.000

VoBo Revisor Admon
Juan Camilo Ramirez Rincon

CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS POR PAGAR
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ
NEUROLOGÍA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.