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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ**			**CE:**	**6355297**
CORREO ELECTRÓNICO:	**josemanuell9312@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3150542843**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69 75 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04500004053**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4518 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.856.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/07/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ
PS_4518_2026_73118B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ
CE: 6355297
CEL: 3150542843

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			
JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ			
CON C.C N°	**6.355.297**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO APH 8523636 2025		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4518 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/07/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.667.792	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.370.140	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.856.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	. Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E. Participar en la entrega y recepción de la móvil de acuerdo con la agenda de actividades concertadas, registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente
2	. Realice las acciones médicas que requieren los pacientes a los cuales presta servicios asistenciales, dando respuesta a los despachos del Centro Reglador de Urgencias y Emergencias CRUE, velando por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria, garantizando el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria y demás documentos relacionados, registrando todos los desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados, desistimiento, eventos y demás formatos por medio del aplicativo designado para tal fin.
3	. Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos, igualmente responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
4	". Tome las acciones pertinentes para garantizar que las revisiones de la ambulancia cumplan con los estándares de habilitación y demás parámetros normativos de tal manera que se encuentren permanentemente disponibles y los elementos que la componen en correcto funcionamiento (equipos biomédicos, insumos, dispositivos)."
5	".Garantice el correcto uso, conservación y custodia de los medicamentos, realizando la diaria gestión para el abastecimiento de la móvil, así como la rotación de los mismos, cuando se encuentren próximos a vencer, diligenciando la respectiva solicitud por medio de los formatos existentes para cada caso y la devolución de medicamentos en farmacia, cada vez que la móvil quede no operativa o se termine el turno en forma anticipada."
6	.Cumpli con la operatividad de la móvil y buen desempeño del personal durante las actividades programadas en la agenda.
7	.Desarrollé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y en el marco del convenio APH vigente dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato del CONVENIO APH. 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 94346329	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/18	$ 345.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/18	$ 149.409
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/18	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 494.409

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	*JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ* *PS_4518_2026_73118B* **JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ** **CE: 6355297**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_4518_2026_73118B* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	6355297	JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ	Carrera 69 #75-11	3150542843	josemanuell9312@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
		94346329	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$345.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	345.000	0		0		0	0	0	0	345.000	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

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										

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	345.000	345.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	345.000	345.000

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
CE	6355297	JOSE MANUEL LOPEZ LOPEZ	Carrera 69 #75-11	3150542843	josemanuell9312@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
		94346329	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$345.000	

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	Excluyendo	ING	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	CE 6355297	LOPEZ LOPEZ JOSE MANUEL	3	0	X		N																		0	0	0	0	0	0		EPS005	2.760.000	30	345.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, Cundinamarca, 10 de marzo de 2026.

Dr Jose Manuel Lopez Lopez

CE 6355297 de Bogota D.C

A quien pueda interesar:

En atencion a la solicitud de concepto jurídico por parte de un extranjero a afiliarse a un fondo de pensiones o no; de manera atenta me permito emitir el respectivo pronunciamiento.

I. Problema jurídico:
¿ Tiene la obligación una persona extranjera de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Colombiano (pensión) en el marco de ejecución de un contrato de prestación de servicios ?

II. Marco Normativo
1. Ley 100 de 1993, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y de dictan otras disposiciones"
2. Ley 797 de 2003, "Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan las disposiciones sobre los Regimenes Pensionales exceptuados y especiales".
3. Decreto 758 de 1990, " Por el cual se aprueba el Acuerdo numero 049 de febrero 1 de 1990 emanado del Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios"

III. Consideraciones generales

A partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, modificada por la ley 797 de 2003, quienes se encuentren vinculados por un contrato de trabajo, por una obligación legal y reglamentaria , y los trabajadores independientes, estan obligados a cotizar al Sistema General de Seguridad Social, esto es pension; salud y riesgos laborales.

Siendo esta regla la general y determinando el campo de aplicación de la citada norma es claro inferir que todas las personas que suscribancualquoer tipo ee relacion contractual deben estar afiliados al Sistema de Seguridad Social Colombiano.

No obstante lo anterior; y entendiendo que existen diversas situaciones que impide llevar a cabo dicha afiliación; la ley ha establecido las personas excluidas de la obligación de cotizar para pension asi:

A) Los trabajadores dependientes que al inscribirse por primera vez en el Régimen de Seguridad Social tenga 60 años o mas.

B) Los trabajadores independientes que se afilian por primera vez al Régimen de Seguridad Social con 50 años o mas de edad si es mujer o 55 años de edad o mas si es varón.

C)

D) Los trabajadores dependientes que al momento de iniciarse la obligación de asegurar sese encuentren gozando de una pension de jubilación a cargo de un patrón o que de

conformidad con el Código Sustantivo del Tabajo tengan adquirido el derecho a la pensión de jubilación.

E) las personas que ejecuten trabajos ocasionales; accidentales y transitorios cuya duración sea inferior a 1 mes.

F) Los trabajadores por cuenta propia.

Ahora bien, para el caso de los extranjeros, la Ley 100 de 1993 tambien previo lo relativo a la cotización de pensión; determinando lo siguiente:

ARTICULO15 - Modificado por el art. 3, Ley 797 de 2003 Afiliados. Serán Afiliados al Sistema General de Pensiones:

1. En forma Obligatoria:

Todo aquellas personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos; salvo las excepciones prevista en esta ley. Asi mismo; los grupos de población que por sus características o condiciones socioeconomicas sean elegibles para ser beneficiarios de subsidios a través del fondo de solidaridad pensional; de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

2. En forma voluntaria:

Los trabajadores independientes y en general todas las personas naturales residentes en el país y los colombianos domiciliados en el exterior que no tengan la calidad de Afiliados Obligatorios y que no se encuentren expresamente excluidos por la presente ley.

Los extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país y no estén cubiertos por algun régimen de su país de origen o de cualquier otro.

Parágrafo. - las personas a que se refiere el numeral segundo del presente artículo podrán afiliarse al Régimen por intermedio de sus agremiaciomes o asociaciones, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de esta ley.

Es necesario precisar que la Unidad de Gestión de Pension y Parafiscales (UGPP) ha previsto en su página web que personas extranjeras no se encuentran obligadas a cotizar pension:

1. Ser extranjero residente en Colombia.

2. No tener ciudadanía colombiana.

3. Estar cubierto por algun régimen pensional en el país de origen.

Quiere lo anterior significar que tal y como se advierte en las normas transcritas las personas extranjeras no estan totalmente excluidas de la cotización a pensión como si las personas relacionadas en el.Decreto 783 de 1990. Ahora bien; dependiendo de la temporalidad del extranjero en el país (residencia) de su ciudadanía y de su tipo de vinculación se determinó en que casos debe afiliarse y en cuales no.

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

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		
☐	PS 4518 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 4518 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >