**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: (30-09-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **FREDDY ARDILA CELIS** | | | **CC:** | **79356186** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **FARDILA21@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3174011523** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 145 N° 76 - 60 APT 401** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **102592193** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1321 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 4.879.728** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*FREDDY ARDILA CELIS*
*PS_1321_2026_606581*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**FREDDY ARDILA CELIS**
**CC: 79356186**
**CEL: 3174011523**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **FREDDY ARDILA CELIS** | | | |
| **CON C.C N°** | **79.356.186** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA INTENSIVISTA 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 1321 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.635.784 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **48** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 75.635.784 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.879.728 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. Realicé las valoraciones médicas especializadas de los pacientes asignados, de acuerdo con sus condiciones clínicas y necesidades de atención.<br>2. Realicé seguimiento a la evolución clínica de los pacientes y establecí las conductas médicas correspondientes.<br>3. Actualicé los planes diagnósticos y terapéuticos de acuerdo con la evolución y condición clínica de los pacientes.<br>4. Realicé los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad requeridos durante el periodo.<br>5. Analicé los resultados de ayudas diagnósticas y estudios complementarios para orientar la toma de decisiones clínicas.<br>6. Atendí las interconsultas y solicitudes de valoración correspondientes a la especialidad.<br>7. Brindé atención médica integral, oportuna, pertinente y segura a los pacientes atendidos.<br>8. Proporcioné atención humanizada y respetuosa, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y su familia.<br>9. Brindé información al paciente y/o familia sobre la condición clínica, evolución, tratamiento, riesgos, beneficios y pronóstico.<br>10. Orienté al paciente y su familia sobre las recomendaciones y conductas necesarias para la continuidad de la atención.<br>11. Mantuve comunicación efectiva con el equipo de salud para garantizar la continuidad y seguridad del proceso asistencial.<br>12. Registré oportunamente en la historia clínica las valoraciones, conductas, procedimientos, intervenciones y recomendaciones realizadas.<br>13. Diligencié los consentimientos informados y demás registros requeridos para las actividades asistenciales realizadas.<br>14. Apliqué las guías, protocolos, procedimientos y lineamientos institucionales relacionados con la atención.<br>15. Identifiqué y reporté oportunamente los eventos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente.<br>16. Participé en el análisis y seguimiento de situaciones relacionadas con seguridad del paciente y acciones de mejoramiento.<br>17. Participé en actividades de auditoría, habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la institución.<br>18. Participé en actividades de docencia-servicio, formación y actualización del talento humano cuando fue requerido.<br>19. Contribuí en la revisión, actualización, implementación y adopción de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales.<br>20. Atendí los requerimientos relacionados con quejas, peticiones, solicitudes y demás situaciones relacionadas con el proceso asistencial.<br>21. Atendí los requerimientos relacionados con auditoría de cuentas y aporté la información clínica solicitada.<br>22. Di cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejoramiento y requerimientos formulados por la supervisión.<br>23. Asistí y participé en reuniones, comités, capacitaciones, inducciones y demás espacios institucionales programados.<br>24. Cumplí con la programación de actividades asistenciales establecida de acuerdo con las necesidades del servicio.<br>25. Informé oportunamente las novedades que pudieran afectar el cumplimiento de las actividades y la prestación del servicio.<br>26. Utilicé adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos institucionales destinados a la prestación del servicio.<br>27. Reporté oportunamente las novedades, daños o fallas identificadas en los equipos y elementos utilizados.<br>28. Mantuve vigentes los requisitos administrativos y registros requeridos para el desarrollo de las actividades contractuales.<br>29. Cumplí las demás actividades relacionadas con el objeto contractual requeridas por la supervisión. |

**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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9508859813-9508335303 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | ALIANSALUD | 2026/08/10 | $ 4.855.600 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/08/10 | $ 6.215.300 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/08/10 | $ 133.100 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 11.204.000 |

## 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** | *FREDDY ARDILA CELIS*<br>*PS_1321_2026_606581*<br>**FREDDY ARDILA CELIS**<br>**CC: 79356186** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA*<br>*PS_1321_2026_606581*<br>**DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# Certificado de Aportes

Se certifica que FREDDY ARDILA CELIS identificado(a) con CC 79356186 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**RTS S.A.S NI 805011262**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2026-07 | 2026-08 | 506840134 | 9508335303 | E | 2026-07-24 | | | | | | | | | | | | | X | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLPENSIONES | 14 | 16% | $17,310,288 | $2,769,700 |
| AFP | COLPENSIONES | 16 | 16% | $19,783,187 | $3,165,400 |
| AFP | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 14 | | $17,310,288 | $86,600 |
| AFP | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 16 | | $19,783,187 | $99,000 |
| AFP | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 14 | | $17,310,288 | $259,700 |
| AFP | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 16 | | $19,783,187 | $296,800 |
| ARL | COLMENA | 14 | 0.522% | $17,310,288 | $90,400 |
| ARL | COLMENA | 16 | 0% | $19,783,187 | $0 |
| CCF | COMPENSAR | 14 | 4% | $17,310,288 | $692,500 |
| CCF | COMPENSAR | 16 | 4% | $19,783,186 | $791,400 |
| EPS | ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | 14 | 12.5% | $17,310,288 | $2,163,800 |
| EPS | ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | 16 | 12.5% | $19,783,187 | $2,472,900 |
| PARAFISCALES | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 14 | 3% | $17,310,288 | $519,400 |
| PARAFISCALES | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 16 | 3% | $19,783,186 | $593,500 |
| PARAFISCALES | SENA | 14 | 2% | $17,310,288 | $346,300 |
| PARAFISCALES | SENA | 16 | 2% | $19,783,186 | $395,700 |

Este certificado se expide el día 2026-08-06 a las 02:19.

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79356186 | | ARDILA CELIS FREDDY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cll 145#76-60 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7183368 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-08 | 549429992 | 9508859813 | I | 2026/09/18 | 2026/08/10 | BANCOLOMBIA | 0 | $576,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | Fondo Solidaridad Pensional | Intereses de Mora Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Intereses de Mora Fondo Subsistencia | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | | | | | $0 | $280,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | | | | | $0 | $42,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $42,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,100 | $0 | | | | | $0 | $35,100 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $35,100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $35,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | | | | | $0 | $218,900 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $576,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $576,900 |

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 1321 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | 2. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 1321 2026 CRP -8596.pdf | 1 PS 1321 2026 CRP -8596.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | 3. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | 4. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 5. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | 5. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | 6. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 7. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | 7. PS 1321 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Espacio para
Logo Corporativo

**FREDDY ARDILA CELIS**
NIT 79.356.186-7
CL 145 76 60 AP 401
Tel: (031) 8026792
Bogotá - Colombia
fardila21@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. FACE 79**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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** | 13/09/2026, 20:09 |
| **Expedición** | 13/09/2026, 20:09 |
| **Vencimiento** | 13/09/2026 |

| Ítem | Nombre producto | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | SERVICIOS MEDICOS | 48.00 | 4,342,957.92 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Cuatro millones trescientos cuarenta y dos mil novecientos cincuenta y siete pesos m/cte con noventa y dos cent.

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 4,342,957.92

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 4,879,728.00 |
| Retefuente 11% | 536,770.08 |
| **Total a Pagar** | **4,342,957.92** |

**Observaciones:**
Servicios Médicos Especializados en área de hospitalización/Unidad de , Hospital Santa Clara, por un total de 48 hrs entre los días 01 y 30 de septiembre de 2026. Valor Hora $ 101.661. Fecha: 30 de septiembre de 2026. Se aplicarán costos y gastos a los honorarios .

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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 18764109605842 aprobado en 20260510 prefijo FACE desde el número 76 al 200 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
**CUFE:** c5819065eddb0dce8e45d52e7eda268b371944cca36428f734a55b8156fc59282d7480a6b039b43d68a6389d8dd0bfa9