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:	**ALEXANDER NOA PELEGRIN**			**CC:**	**1031189491**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NOAPELEGRINALEXANDER@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**2**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**AV CALLE 26 # 19 B 95**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**959004604**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1584 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 22.412.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ALEXANDER NOA PELEGRIN
PS_1584_2026_7A788D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEXANDER NOA PELEGRIN
CC: 1031189491
CEL: 2

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			
ALEXANDER NOA PELEGRIN			
	CON C.C N°	**1.031.189.491**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 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 1584 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 230.425.020	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 22.412.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	1 Durante el periodo se desarrollaron las actividades propias de la especialidad, orientadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral de los pacientes atendidos. 2 Se dio cumplimiento a la prestación de los servicios asignados, brindando atención suficiente y pertinente según las condiciones de cada usuario. 3 Se mantuvo comunicación efectiva con pacientes y acompañantes, explicando de manera comprensible los aspectos relevantes de su proceso de atención. 4 Se respetaron los derechos fundamentales de los pacientes durante la atención, promoviendo autonomía, privacidad y trato digno. 5 Se mantuvo actualizada la información clínica de los pacientes atendidos, facilitando la continuidad y seguimiento de los tratamientos. 6 Se participó en procesos de revisión y análisis de situaciones propias de la especialidad, orientados a mejorar la atención. 7 Se mantuvo vigilancia sobre situaciones que pudieran representar riesgos para la seguridad del paciente, realizando los reportes correspondientes. 8 Se dio cumplimiento a los requerimientos de calidad y mejoramiento continuo relacionados con el objeto contractual. 9 Se atendieron las actividades asignadas conforme a la programación concertada con la supervisión del contrato. 10 Se aplicaron los lineamientos institucionales establecidos para orientar las actividades propias del objeto contractual. 11 Se participó en la revisión y análisis de los casos requeridos para la elaboración de respuestas institucionales. 12 Se atendieron oportunamente las solicitudes relacionadas con la revisión de cuentas y la aclaración de posibles glosas. 13 Se realizaron las actividades correspondientes a los compromisos definidos en las actas y planes de mejoramiento. 14 Se dio cumplimiento a las convocatorias institucionales relacionadas con capacitación, inducción, comités y reuniones. 15 Se utilizaron los equipos y elementos asignados de manera responsable, procurando su conservación y adecuado funcionamiento. 16 Se dio cumplimiento a las disposiciones relacionadas con inscripción, habilitación y registro profesional requeridas para el servicio. 17 Se realizaron oportunamente los pagos correspondientes a seguridad social y demás aportes requeridos. 18 Se apoyaron las actividades institucionales relacionadas con el objeto contractual cuando fueron solicitadas 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° 95028744	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 1.552.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 2.111.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.663.900

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	*ALEXANDER NOA PELEGRIN* *PS_1584_2026_7A788D* **ALEXANDER NOA PELEGRIN** **CC: 1031189491**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1584_2026_7A788D* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL 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

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	
Pago 001	A63	1/06/2026 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	11.066.880 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1584 2026 CRP -9842.pdf	1 PS 1584 2026 CRP -9842.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1584 2026 CRP -15822.PDF	2 PS 1584 2026 CRP -15822.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5 PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 1584 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1584 2026 CRP - 20260.pdf	3 PS 1584 2026 CRP - 20260.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1584 2026 CRP - 24027.pdf	4 PS 1584 2026 CRP - 24027.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1584 2026 CRP - 29212.pdf	5 PS 1584 2026 CRP - 29212.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1031189491	ALEXANDER NOA PELEGRIN	Calle 25#24c-44	3001779070	noapelegrinalexander@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
		95028744	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$3.966.500	

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	1.552.500	0		0		0	0	0	0	1.552.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.987.200	0	0	62.100	62.100	0	0		2.111.400	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	302.600				302.600	0	0	302.600			3.026	302.600	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	1.552.500	1.552.500
Pensión	1	2.111.400	2.111.400
Riesgos Laborales	1	302.600	302.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.966.500	3.966.500

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	1031189491	ALEXANDER NOA PELEGRIN	Calle 25#24c-44	3001779070	noapelegrinalexander@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
		95028744	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$3.966.500	

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	Excenuado	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 1031189491	NOA PELEGRIN ALEXANDER	57	0			N																	230301	12.420.000	30	1.987.200	0	0	62.100	62.100	EPS005	12.420.000	30	1.552.500	14-11	12.420.000	30	3	302.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Espacio para Logo Corporativo

Alexander Noa Pelegrin
NIT 1.031.189.491-9
Calle 25 N°24C-44 apartamento 1207
Tel: (601) 3001770070
Bogotá - Colombia
anoapelegrin@gmail.com

Factura electronica de venta
No. A 73

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(000) 3102040836
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/09/2026, 10:39
Expedición	25/09/2026, 10:39
Vencimiento	25/09/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS CORRESPONDIENTES AL MES DE SEPTIEMBRE DE 192 HRS TRABAJADAS COMO ANESTESIOLGO	1.00	22,412,160.00

Total items: 1

Total Bruto	22,412,160.00
Total a Pagar	22,412,160.00

Valor en Letras:
Veintidos millones cuatrocientos doce mil ciento sesenta pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - ConsignaciÃ³n $ 22,412,160.00

Observaciones:
REGIMEN SIMPLE.FAVOR NO HACE RETENCIONES

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 18764113723965 aprobado en 20260806 prefijo A desde el número 69 al 100 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: cf47cfe82df858531c91599560df4b6501416ccd266daac1ba513d913104e6ce52d9e2f13929f499457df31bb98451ef