

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ	CC:	79861112		
CORREO ELECTRÓNICO:	JUANMANARVAEZ27@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3108683561		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 86A N° 114 - 90 CAS 14	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870469287

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1619 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 20.750.725					



JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ
PS_1619_2025_8869A0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ
CC: 79861112
CEL: 3108683561

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

CON C.C N°

79.861.112

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1619 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 64.858.080	No. HORAS EJECUTADAS	215
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 180.676.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 20.750.725
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

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. Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente. 2. Brindar una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada. 3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. 4. Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. 5. Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion. 6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion. 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el codigo de Etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion. 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 9. Emitir conceptos medicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. 11. Garantizar la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos. 12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos. 13. Reportar al Area de Recursos fisicos Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 14. Participar activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad. 15. Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado. 16. Participar en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18. Participar en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 19. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere Glosa Definitiva o procesos de conciliacion por parte de EPS-S-EAPB. 20. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion. 21. Participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 22. Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 23. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica. 24. Instruir a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad. 25. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 26. Facilitar las labores de supervision que la SUBRED, realice en forma directa por la subdireccion de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a traves de terceros. 27. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la Oficina de garantia de Calidad. 28. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor. 29. Apoyar en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas. 30. Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con

anticipacion para el cubrimiento de sus actividades. 31. Las demas asignadas por la supervision del contrato. Contenedas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

1

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS


SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491551474	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/09/08	\$ 1.220.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/08	\$ 1.561.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/08	\$ 237.800

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.019.900
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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	 <p><i>JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ</i> <i>PS_1619_2025_8869A0</i></p> <hr/> <p>JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ CC: 79861112</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <i>PS_1619_2025_8869A0</i></p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS</i> <i>PS_1619_2025_8869A0</i></p> <hr/> <p>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89828365	\$3.141.400	

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					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	1.220.200	0		0		0	12	9.300	0	1.229.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.561.900	0	0	48.900	48.900	12	11.800	800	1.672.300	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	237.800				237.800	12	1.800	239.600			2.378	239.600	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	1.220.200	1.229.500
Pensión	1	1.659.700	1.672.300
Riesgos Laborales	1	237.800	239.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.117.700	3.141.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89828365	\$3.141.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	79861112	NARVAEZ MENDEZ JUAN MANUEL	59	0			N																	230201	9.761.364	1.561.900	0	0	48.900	48.900	EPS001	9.761.364	1.220.200	14-11	9.761.364	3	237.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

NIT: 79861112-8

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

Calle 83 A No. 114-90 et. 3 Ca 14, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3108683561

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/09/2025 hasta: 30/09/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764094083736 válida desde 2025-06-06 hasta 2025-12-06 rango desde FE187 hasta FE400

DATOS DEL CLIENTE		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900959051	No. de Factura	FE194
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	Fecha Emisión	16/09/2025 15:10:14-05:00
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	Fecha Vencimiento	
Teléfono:	3444484	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago:	Contado
		Medio de Pago:	Otro
		Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	SERVICIOS PROFESIONALES Prestación de servicios como Médico Internista	HUR	215,00	\$96.515,00				0,00	\$20.750.725,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$20.750.725,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$20.750.725,00

CUFE:	214e2b8a94d98b394da29e48fc711de5d0f454bc90d5855b594521f4880574ec80aa4c6cf5ca244538377a6299d9eea3
Total con letra:	(veinte millones setecientos cincuenta mil setecientos veinticinco pesos)

Firma Digital: c6YmCSwF31RSp1uyCTrc1/NDug/LeYo809wD3HMBNuQV3fQ1Jzjhe1PhXm1caR/a
OV8EATXOFI6+a4JvVGH9VkuFSgZ5Z1U2fIDt5ZADvK6JFla+z+
+CLeRpo0GOcggd SkqQecojMerhCZfPUxfXjS7WFeP8jmgIwmXsurAXY1OEEP/v61u3iGR/DK/ydK0 D+BA2UZsoLNDrohNWJenwW4rtSANr679o
+/Bweu39lKRp92Hj48/bkLs26slMy HBwFfS6P7DkPxF2z/psbFJdlefMN5LNDztX0JQmvZamQz/Hyd/uQ2fmlLGCzTK3y O0r1EWPY1zog+PV6cvZe
MQ==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/09/2025 hasta: 30/09/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

