

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA			CC:	1085254869
CORREO ELECTRÓNICO:	JMATEOBENAVIDES@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3014211614
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 N° 65 - 47			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	457070122397
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1547 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.439.864	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA PS_1547_2025_B34300 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA CC: 1085254869 CEL: 3014211614					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA

CON C.C N° 1.085.254.869

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 1547 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 29.278.368	No. HORAS EJECUTADAS	24
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.428.998	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.439.864
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

	Ucis 1. Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios. 4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades. 5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. 6. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. 7. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria. 8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad. 10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. 11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. 12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. 13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes. 14. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. 15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. 16. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. 17. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones. 18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio. 19. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación
--	--

1	por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos. 20. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participé en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera. 21. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 22. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. 23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
---	--

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº 10766826819	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/04	\$ 230.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/04	\$ 295.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/04	\$ 45.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 570.900

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	 JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA PS_1547_2025_B34300 JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA CC: 1085254869
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1547_2025_B34300 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_1547_2025_B34300

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-04, 07:16:26 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1085254869
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1076826819
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1900623663
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 570.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 295.200	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 230.700	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 45.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 570.900	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 570.900





[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 7:44:47

Mateo Benavides



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver 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](#)

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 1547 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1547 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1547 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1547 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	5. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1547 2025 CRP-6194.pdf	1 PS 1547 2025 CRP-6194.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1547 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

JOHAN MATEO BENAVIDES PORTILLA

1.085.254.869-3

Cra. 11 No. 65-47 APTO. 502

(601) 3014211614

Bogotá - Colombia

mateobenavides@hotmail.com

Espacio para
Logo Corporativo

Factura Electronica de Venta
N°. FEV 276

Fecha y hora Factura

Generación	04/11/2025, 22:24
Expedición	04/11/2025, 22:24
Vencimiento	04/11/2025
Vendedor	JOHAN MATEO BENAVIDES
Centro de costo	0
Cotización	

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit: 900.959.051-7
Teléfono: (601) 3282828 - Ext. 000
Dirección: DG 34 5 43
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co



Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	HORAS DE TURNO	24.00	101,661.00	2,439,864.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Dos millones cuatrocientos treinta y nueve mil ochocientos sesenta y cuatro pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 2,439,864.00

Total Bruto	2,439,864.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	2,439,864.00

Observaciones:
HONORARIOS POR SERVICIOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES AL MES DE
NOVIEMBRE DE 2025

Elaborado por

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 18764079206530 aprobado en 20240910 prefijo FEV desde el número 201 al 400 Vigencia: 24 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66X1000
CUFE: 89c445c3c1204b81eaa23c57e28866362697641b5a4ef9af2b315dc22fa58d4d9bbc6638967f7d31530973829e1f4390

Firma recibido

