

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHAN STIVEN CARRANZA GARZON		CC:	1007105205	
CORREO ELECTRÓNICO:	johancarranz@gmail.com		TELÉFONO:	3227828714	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 92B SUR 7 14		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800512537

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5643 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



JOHAN STIVEN CARRANZA GARZON  
PS\_5643\_2025\_244AC7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOHAN STIVEN CARRANZA GARZON

CC: 1007105205

CEL: 3227828714

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

**JOHAN STIVEN CARRANZA GARZON**

CON C.C N°

**1.007.105.205**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 5643 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/04/06**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

7.250.023

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

11.657.646

**VALOR DE HONORARIOS**

\$

2.500.008

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

SIETE (7) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

**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	RADICAR Y CONSOLIDAR LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS MODALIDADES DE CAPITACIÓN Y EVENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS CONTRACTUALES Y NORMATIVOS.
2	REALIZAR FACTURACIÓN OPORTUNA Y COMPLETA PARA LAS EPS FAMISANAR, COOSALUD, SANITAS Y CAPITAL SALUD (EVENTOS Y CAPITACIÓN).
3	VERIFICAR Y ACTUALIZAR EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO LA INFORMACIÓN DE AFILIADOS DE ADRES PARA GARANTIZAR LA CORRECTA FACTURACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS.
4	REVISAR Y CORREGIR INCONSISTENCIAS ASOCIADAS A ERRORES DE FACTURA O INGRESOS.
5	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS COMITÉS DE EQUIPO GENERAL, APORTANDO INFORMACIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN Y ACUERDOS DE MEJORA.
6	ASISTIR Y CUMPLIR CON LAS CAPACITACIONES SEMANALES EN NORMATIVIDAD, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.
7	GARANTIZAR LA TRAZABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD CON LA FACTURACIÓN RESPECTIVA, ASEGURANDO LA COHERENCIA ENTRE PRESTACIÓN Y COBRO.
8	VERIFICAR LOS CUPS Y SERVICIOS EN LOS SISTEMAS DE FACTURACIÓN, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE CADA EPS CONTRATADA Y LA NORMATIVA DE RESOLUCIÓN 3280.

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 1075810009	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/10/17	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/17	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/17	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 STIVEN CARRANZA GARZON*

*PS\_5643\_2025\_244AC7*

**JOHAN STIVEN CARRANZA GARZON**

**CC: 1007105205**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_5643\_2025\_244AC7*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



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

Cancelar

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					

Crea

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
<input type="checkbox"/> PS_5643_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS_5643_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> PS_5643_CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS_5643_CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> PS_5643_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS_5643_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> PS_5643_CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS_5643_CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> 1 PS_5643_2025 CRP-17283.pdf	1 PS_5643_2025 CRP-17283.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	

Borrar Cargar nuev