

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ		CC:	1018421370	
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEXANDER.GUEZGUAN@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3103812100	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 23 134A 74 AP 302		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	176570033561

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5212 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 10.423.620
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ
PS_5212_2025_13A6F7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ

CC: 1018421370

CEL: 3103812100

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

JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ

CON C.C N°

1.018.421.370

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 5212 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/04
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.423.620	No. HORAS EJECUTADAS	108
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 104.043.170	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.423.620
---	----------------	--	---------------

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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

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 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 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496373195	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/12	\$ 1.500.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/12	\$ 2.040.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/12	\$ 292.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.832.400

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 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



JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ

PS_5212_2025_13A6F7

JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ

CC: 1018421370

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5212_2025_13A6F7

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_5212_2025_13A6F7

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Secursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENIA e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social		Secursal Principal		Carrera 134 a n. 10 b 08		BOGOTÁ-BOGOTÁ D. E.		3103812180		NO	
CC 1018421370		ELEGIAN PEREZ JOAQUIN ALEXANDER		INDEPENDIENTE									

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Período	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Fecha	Pago	Limite	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dis. Mora	Valor
2025-11	Salud	2003998476		9496373193	1	2025/12/17	2025/12/17	2025/12/12	BANCOLOMBIA			0	\$3.832,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
APP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,040,000	\$0	\$0	\$2,040,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$2,040,000	\$0	\$0	\$2,040,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$292,400	\$0	\$0	\$292,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$292,400	\$0	\$0	\$292,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500,000	\$0	\$0	\$1,500,000
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,500,000	\$0	\$0	\$1,500,000
TOTAL				1	\$3,832,400	\$0	\$0	\$3,832,400

52112



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 17:06:42
JONATHAN ALEXANDE...



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

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		
<input type="checkbox"/>	PS 5212 2025 - CRP.pdf	PS 5212 2025 - CRP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5212 2025 - CRP (2).pdf	PS 5212 2025 - CRP (2).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	5. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

<input type="checkbox"/>	7. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 5212 2025 CRP-15304.pdf	2 PS 5212 2025 CRP-15304.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 5212 2025 CRP-19110.pdf	3 PS 5212 2025 CRP-19110.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	9. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf (Archivado)	9. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	9.. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9.. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	10. PS 5212 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 5212 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	11. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 5212 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

055644764a6bcecac078509b273f6c42c00e42188d99cb0bbf26b1feac8f3e054221e41a68cc2cc7d0819507259c1039

Número de Factura: FE-38

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 15/12/2025

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 15/12/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER

Nombre Comercial: GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER

Nit del Emisor: 1018421370

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Boyacá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Tunja

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 4 E N 47 C 48 CA 9

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3023885024

Correo: alexander.guezguan@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-13

Dirección: DG 34 5 43

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Teléfono / Móvil: 3023348034

Correo: subcentroorientesaludcapital.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA MES DE DICIEMBRE DE 2025	HUR	108,00	\$ 96.515,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 10.423.620,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 15/12/2025 12:10:13
Documento validado por la DIAN:
 15/12/2025 12:10:15
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	10423620
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10423620
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	10423620
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 10423620

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	10.423.620,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10.423.620,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	10.423.620,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 10.423.620,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764091765158 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-04-09