

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO			CC:	79574684
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIO.TRUJILLO13@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3164677206
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22D 86 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	480900097266
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1772 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 4.140.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				



CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO
PS_1772_2025_7CD432

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO
CC: 79574684
CEL: 3164677206

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO

CON C.C N°79.574.684

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO 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 1772 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$27.600.000	No. HORAS EJECUTADAS	36
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$71.990.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.140.000
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
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 Solicitud de apoyo diagnostico necesario de acuerdo a patologías a estudio
2 registro electrónico de los procedimientos realizados con los códigos de facturación actualizados
3 se cumplen con las exigencias legales del manejo y registro de información en historia clínica del paciente
4 se da información clara y concisa al paciente y su familia
5 se registran los registros en dinamica y se realizan las fichas de notificación obligatoria
6 se respeta la privacidad del paciente de acuerdo a los protocolos
7 informe a personal administrativo sobre eventos presentados
8 divulgación de conducta medica con el personal del equipo de salud
9 se diligencia historia clínica y se hace uso del plan de contingencia en formatos para cuando no hay sistema
10 diligenciamiento de historia clínica, formato de consentimiento informado, solicitud de exámenes adicionales
11 se hace un uso adecuado y útil de todos los equipos y enseres de la unidad
12 se informa a recursos físicos de equipos propios para la atención
13 atención a valoraciones solicitadas, participación en juntas medicas
14 revisión y aplicación de la normatividad.
15 cuidado y vigilancia de los elementos utilizados durante la práctica del ejercicio quirúrgico
16 se realizan las notificaciones del caso
17 desarrollo y aplicación de guías de manejo
18 realizando actividades solicitadas por la institución de acuerdo a sus requerimientos
19 se educa e informa al paciente y su familia
20 se cumple con las citaciones a capacitaciones y otros
21 informar sobre incapacidades o situaciones que impidan el cumplimiento del deber
22 siempre se está dispuesto a las solicitudes y observaciones de la supervisión del contrato
23 retroalimentación a los integrantes del equipo médico sobre su actuar, así como realización de autoevaluación.
24 inscripción en el RETHUS
25 siempre se porta el carne visible
26 se cumple con el cuadro de actividades
27 se participa de reuniones para el caso

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° 92126490	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	ALIANSA LUD	2025/12/10	\$ 1.116.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 1.517.900	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 217.500	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 2.851.400	

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 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	 CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO PS_1772_2025_7CD432 CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO CC: 79574684
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1772_2025_7CD432 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SAUL ARDILA DURAN PS_1772_2025_7CD432 SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79574684	CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO		Calle 55 No. 30-27	4722797	mario.trujillo13@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92126490	TOTAL A PAGAR
					\$2.851.400

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 EPS S.A.	830113831-0	1.116.000	0		0		0	0	0	0	1.116.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.428.500	0	0	44.700	44.700	0	0		1.517.900	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	217.500				217.500	0	0	217.500			2.175	217.500	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	1.116.000	1.116.000
Pensión	1	1.517.900	1.517.900
Riesgos Laborales	1	217.500	217.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.851.400	2.851.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79574684	CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO		Calle 55 No. 30-27	4722797	mario.trujillo13@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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92126490	\$2.851.400
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79574684	TRUJILLO ESPEJO CARLOS MARIO	57	0		N																		25-14	8.928.000	1.428.500	0	0	44.700	44.700	EPS001	8.928.000	1.116.000	14-11	8.928.000	3	217.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Homepage

Aumentar el contraste

UTC-5 14:20:13
CARLOS MARIO TRUJ...

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

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ 1. PS 1772 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1772 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 2. PS 1772 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1772 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 3. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 4. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 5. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 6. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 1 PS 1772 2025 CRP-6382.pdf	1 PS 1772 2025 CRP-6382.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 2 PS 1772 2025 CRP-15246.pdf	2 PS 1772 2025 CRP-15246.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 7. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 8. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 3 PS 1772 2025 CRP-18981.pdf	3 PS 1772 2025 CRP-18981.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 9. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 10. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 11. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1772 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

Evaluación de la Entidad Estatal

Agrega aquí tu
logo corporativo

CARLOS MARIO TRUJILLO
ESPEJO
NIT 79.574.684-1
CLL 22 D NO 86-61 CASA 42
Tel: (57) 3164677206
Bogotá - Colombia
mario.trujillo13@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. CMTE 437

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	diagonal 34 # 5-43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	10/12/2025, 14:55
Expedición	10/12/2025, 14:55
Vencimiento	10/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE ESE DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2025	36.00	4,140,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones ciento cuarenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 4,140,000.00

Observaciones:

Total Bruto	4,140,000.00
Total a Pagar	4,140,000.00

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 18764100358341 aprobado en 20251020 prefijo CMTE desde el número 428 al 500 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUF: cae921fd0a5d9385e5fddfed7a93eaf7cec770191a7b0d03295ba7da77ddcc34b8b0616229008ec89886bf49a6068a6f

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sligo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Sligo Nube, Firma electrónica: ver en el XML