

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES			CC:	52790903
CORREO ELECTRÓNICO:	ACGONZ@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3163094302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 48 50 AP 501			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870366616
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1744 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.830.000	
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				
 ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES PS_1744_2025_B49273 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES CC: 52790903 CEL: 3163094302					

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

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CON C.C N°

52.790.903

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 1744 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 19.320.000	No. HORAS EJECUTADAS	42
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 57.270.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.830.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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	Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.

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° 91680075	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/24	\$ 828.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/24	\$ 1.126.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/24	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.954.300

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



ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

PS_1744_2025_B49273

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CC: 52790903

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1744_2025_B49273

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_1744_2025_B49273

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES	NIT:	52790903
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	noviembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	noviembre 2025
Número de Radicación:	91680075	Total a pagar:	\$2,115,700
Fecha de vencimiento:	02/12/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	24/11/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	1947507897
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$161,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$1,126,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$828,000
						\$2,115,700

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

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		
☐	1. PS 1744 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1744 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1744 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1744 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1744 2025 CRP-6354.pdf	1 PS 1744 2025 CRP-6354.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1744 2025 CRP-13487.pdf	2 PS 1744 2025 CRP-13487.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado)	PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1744 2025 CRP-18957.pdf	3 PS 1744 2025 CRP-18957.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Espacio para
Logo Corporativo

Andrea Catherine González Torres
NIT 52.790.903-3
Carrera 13 # 48 - 50 apartamento 501
Tel: (316) 3094302
Bogotá - Colombia
acgonz@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. ACGT 138

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	Diagonal 34 # 3-14	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/12/2025, 14:47
Expedición	17/12/2025, 14:47
Vencimiento	17/12/2025

Ítem	Descripción	Vr. Unitario	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios por servicios profesionales prestados como medico anestesiolego en la UMHES Santa clara.	115,000.00	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:
Honorarios por servicios profesionales prestados como medica Anestesióloga del 01 de Diciembre al 31 de Diciembre de 2025.
Consignar Cuenta de ahorros - Davivienda: 004870366616

"NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE NI RETENCIÓN DE ICA, PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN, LEY 2277 DE 2022, D.U.R. 1468 DE AGOSTO DE 2019. Art. 911 E.T."

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 18764094326448 aprobado en 20250612 prefijo ACGT desde el número 125 al 500 Vigencia: 24 Meses

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 425863b0b09580eccdd8fc50cedfe2bea97ce5cb03f0e580a7b21dc3ec07d04bb02b59bee096d23ee9b6b8650038988f

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

Espacio para
Logo Corporativo

Andrea Catherine González Torres
NIT 52.790.903-3
Carrera 13 # 48 - 50 apartamento 501
Tel: (316) 3094302
Bogotá - Colombia

Débito Facturación
No. 2

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	Diagonal 34 # 3-14	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha Nota Debito	2025-12-20
Factura de Venta	ACGT-138
Generación	20/12/2025, 14:31
Expedición	20/12/2025, 14:31
Vencimiento	20/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios por servicios profesionales prestados como medico anestesioologo en la UMHES Santa clara.	6.00	690,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Seiscientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia \$ 690,000.00

Total Bruto	690,000.00
Total	690,000.00

Observaciones:
SE ADICIONA 6 HORAS FALTANTES POR COBRAR EN EL MES DE DICIEMBRE 2025

Elaborado por Siigo S.A. S NIT 830.048.145-8