

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN FERNANDO GONZALEZ CARVAJAL		CC:	80854083	
CORREO ELECTRÓNICO:	fer2160@hotmail.com		TELÉFONO:	3102034797	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 68 C # 26 31		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	085000078155

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1983 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 22.945.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



JUAN FERNANDO GONZALEZ CARVAJAL

PS_1983_2025_9430E7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN FERNANDO GONZALEZ CARVAJAL

CC: 80854083

CEL: 3102034797

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

JUAN FERNANDO GONZALEZ CARVAJAL

CON C.C N°

80.854.083

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1983 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 103.253.400	No. HORAS EJECUTADAS	240
-----------------------------------	----------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 343.891.185	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 22.945.200
-----------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
------------------------------------------------	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
------------------------------------------------------	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

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	.Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas
2	.Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.
3	.Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triare, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.
4	.Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
5	.Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.
6	.Colaboré activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.
7	.Participo en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.
8	.Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.
9	.Coordiné integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
10	.Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)



IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 7998566491	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	2026/01/02	\$ 2.000.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/02	\$ 2.720.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/02	\$ 389.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 5.109.800

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>JUAN FERNANDO GONZALEZ CARVAJAL PS_1983_2025_9430E7</p> <hr/> <p>JUAN FERNANDO GONZALEZ CARVAJAL CC: 80854083</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_1983_2025_9430E7</p> <hr/> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

Espacio para
Logo Corporativo

**JUAN FERNANDO GONZALEZ
CARVAJAL**
NIT 80.854.083-7
Cr 9 5 43
Tel: (031) 3102034797
Bogotá - Colombia
trinoesteban@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. MD 152

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444084 - (302) 3290575
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	26/01/2026, 09:55
Expedición	26/01/2026, 09:55
Vencimiento	26/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Vr. Total
1	Horas Urgencia como Medico Especialista	240.00	95,605.00	22,945,200.00	22,945,200.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Veintidos millones novecientos cuarenta y cinco mil doscientos pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Consignación bancaria - Consignación \$ 22,945,200.00

Observaciones:

SERVICIOS PRESTADOS EN EL MES DE ENERO DE 2026. REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION. NO EJECUTAR RETEFUENTE NI RETEICA. FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA # 0850 0007 8155.

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 18764098894181 aprobado en 20250919 prefijo MD desde el número 142 al 200 Vigencia: 6 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: e05076ecdb3ce6a294b278e968447908e1f278bac6d5b86ddd30754f5e74126be546d73e05c2038675c75bb8a1f5bcc0



- 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

< 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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO PS 1983 2025 MARZO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO PS 1983 2025 MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	PS 1983 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1983 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1983 2025 CRP-6552.pdf	1 PS 1983 2025 CRP-6552.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 1983 2025 CRP-15039.pdf	2 PS 1983 2025 CRP-15039.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 1983 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1983 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 1983 2025 CRP-19159.pdf	3 PS 1983 2025 CRP-19159.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 7. PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1983 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

< Evaluación de la Entidad Estatal >