

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAS GONZALEZ CASTRO		CC:	1022443064	
CORREO ELECTRÓNICO:	NGONZALEZ@FUCSALUD.EDU.CO		TELÉFONO:	3163421212	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 72 B # 6 D - 72		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488440708292

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4476 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.771.264
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/30	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



NICOLAS GONZALEZ CASTRO
PS_4476_2025_DFA66F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOLAS GONZALEZ CASTRO

CC: 1022443064

CEL: 3163421212

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

NICOLAS GONZALEZ CASTRO

CON C.C N°

1.022.443.064

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4476 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/30
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 25.956.512	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 82.771.649	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.771.264
---	---------------	--	--------------

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 diagn?sticos y terap?uticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atenci?n oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisi?n de conceptos m?dicos, 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 condici?n clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda m?dica, asegurando la continuidad y seguridad en la atenci?n 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, atenci?n inicial de urgencias, evoluci?n de urgencias, procedimientos y fichas de notificaci?n.
4	.Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética m?dica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestaci?n de los servicios.
5	.Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparaci?n y reposici?n 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 implementaci?n y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gesti?n del riesgo, acreditaci?n y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificaci?n 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, facturaci?n, certificados legales (Fichas de notificaci?n, defunci?n, 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 liberaci?n y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirigi? 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 prestaci?n del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programaci?n, 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 legalizaci?n del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaraci?n del informe de ejecuci?n 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° 7998485708	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/19	\$ 384.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/19	\$ 492.400
RIESGOS LABORALES:	COLSANITAS	2026/01/19	\$ 75.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 952.100

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>NICOLAS GONZALEZ CASTRO PS_4476_2025_DFA66F</p> <hr/> <p>NICOLAS GONZALEZ CASTRO CC: 1022443064</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_4476_2025_DFA66F</p> <hr/> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022443064	NÚMERO PLANILLA:	7998485708	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	NICOLAS GONZALEZ CASTRO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES diciembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA D.C.	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2092696155
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	2000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/19		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 492.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 492.400	\$ 0	\$ 492.400
SUBTOTALES:											\$ 492.400	\$ 0	\$ 0	\$ 492.400

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 384.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 384.700
SUBTOTALES:											\$ 384.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 384.700	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-33	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 75.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 75.000	\$ 0	\$ 0	\$ 75.000
SUBTOTALES:											\$ 75.000	\$ 0	\$ 0	\$ 75.000	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU								
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 1022443064	GONZALEZ CASTRO NICOLAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 3.077.000				NO																	230301-PORVENIR	30	3.077.000	\$ 492.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 492.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	3.077.000	\$ 384.700	\$ 0	\$ 384.700	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	30	3.077.000	\$ 102244306	\$ 75.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 952.100



- 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

< 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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO 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 4476 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	PS 4476 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4476 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 4476 2025 CRP-10434.pdf	1 PS 4476 2025 CRP-10434.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 4476 2025 CRP-15128.pdf	2 PS 4476 2025 CRP-15128.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4476 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4476 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 4476 2025 CRP-19251.pdf	3 PS 4476 2025 CRP-19251.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 4476 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >