

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ARMANDO LEON VILLANUEVA			CC:	79635029
CORREO ELECTRÓNICO:	ARMANDOLEON2012@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3124817111
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 17A N° 116 - 97			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	047230677
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1845 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 24.840.000	
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				
 ARMANDO LEON VILLANUEVA PS_1845_2025_63B542 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ARMANDO LEON VILLANUEVA CC: 79635029 CEL: 3124817111					

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

ARMANDO LEON VILLANUEVA

CON C.C N°

79.635.029

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 1845 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 96.600.000	No. HORAS EJECUTADAS	216
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 355.925.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 24.840.000
--	----------------	---	---------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
------------------------	--------------------------------

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 Uci Pediátrica 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 3. 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. 4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios. 5. 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. 6. 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. 7. 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. 8. 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. 9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad. 11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. 12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. 13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. 14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes. 15. 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. 16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. 17. 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. 18. 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. 19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio. 20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación
--	--

1	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. 21. 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. 22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. 24. 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 35949336	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/09	\$ 1.250.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/09	\$ 1.700.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/09	\$ 243.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.193.600

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ARMANDO LEON VILLANUEVA PS_1845_2025_63B542 ARMANDO LEON VILLANUEVA CC: 79635029
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1845_2025_63B542 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1845_2025_63B542

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



RAZÓN SOCIAL :	ARMANDO LEON VILLANUEVA
IDENTIFICACIÓN:	CC-79635029
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-01-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-09
FECHA DE PAGO:	2026-01-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35949336
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35949336
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 10.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.250.000	\$ 1.250.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 10.000.000	\$ 50.000	\$ 50.000	\$ 0	\$ 1.700.000	\$ 1.700.000
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	\$ 10.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 243.600	\$ 243.600
Total a pagar					\$ 50.000	\$ 50.000	\$ 0	\$ 3.193.600	\$ 3.193.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/02/2026
----------------------------------	------------



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 10:04:35
ARMANDO LEON VILL...



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

☐ 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 1845 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1845 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1845 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1845 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	5. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1845 2025 CRP-6449.pdf	1 PS 1845 2025 CRP-6449.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1845 2025 CRP-13515.pdf	2 PS 1845 2025 CRP-13515.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1845 2025 CUETNA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1845 2025 CUETNA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1845 2025 CRP-19039.pdf	3 PS 1845 2025 CRP-19039.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1845 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1845 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1845 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
76e3fafea79d88c06f2d39096b28bca0b6bb6a44b03c244173a2479b673b3a9ae46a191e4cda23cb64cdf24535083ce

Número de Factura: AANS-1127

Fecha de Emisión: 20/01/2026

Fecha de Vencimiento: 20/01/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Consignación bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LEON VILLANUEVA ARMANDO

Nombre Comercial: LEON VILLANUEVA ARMANDO

Nit del Emisor: 79635029

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8610

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 17 A 116 97 AP 402 ED ARCADIA

Teléfono / Móvil: 3124817111

Correo: armandoleon2012@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: Diagonal 34 No 5 - 43

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.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	85121604	Servicios de especialistas pulmonares	HUR	216,00	\$ 115.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 24.840.000,00

Notas Finales

Servicios asistenciales como medico intensivista en la UCI pediátrica y cuidados intermedios del hospital Santa Clara horas correspondiente al mes de enero de 2026

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
20/01/2026 10:59:53
Documento validado por la
DIAN:
20/01/2026 10:59:54
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	24840000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24840000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	24840000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24840000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	24.840.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24.840.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	24.840.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24.840.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764085019420 Rango desde: 1101 Rango hasta: 2500 Vigencia: 2026-12-09