

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO CESAR GOMEZ RINCON			CC:	80025671
CORREO ELECTRÓNICO:	JCGOMEZRINCON@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3002135977
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 152 19A 67 CS 1			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008200435512
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1890 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 24.398.640	
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				
 JULIO CESAR GOMEZ RINCON PS_1890_2025_FC0C61 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIO CESAR GOMEZ RINCON CC: 80025671 CEL: 3002135977					

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

JULIO CESAR GOMEZ RINCON

CON C.C N°

80.025.671

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INFECTOLOGO 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 1890 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

44.730.840

No. HORAS EJECUTADAS

240

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

346.155.705

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

24.398.640

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

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 Medicina Interna 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.

1	20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación 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, participó 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° 108403	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/30	\$ 1.875.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/30	\$ 2.550.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/30	\$ 365.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.790.400

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JULIO CESAR GOMEZ RINCON PS_1890_2025_FC0C61 JULIO CESAR GOMEZ RINCON CC: 80025671
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1890_2025_FC0C61 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
PS_1890_2025_FC0C61

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIO CESAR GOMEZ RINCON	NIT:	80025671
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	diciembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	diciembre 2025
Número de Radicación:	108403	Total a pagar:	\$5,090,400
Fecha de vencimiento:	20/01/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	30/12/2025	Número de Administradoras:	4

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:	2045695881
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$365,400
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$2,550,000
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$300,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$1,875,000
						\$5,090,400

*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](#)

Datos guardados

2 [Condiciones](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 [Bienes y servicios](#)

VER CONTRATO

4 [Documentos del Proveedor](#)

Ejecución del Contrato

5 [Documentos del contrato](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 [Información presupuestal](#)

Plan de Pagos

7 **Ejecución del Contrato**

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

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 1890 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1890 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1890 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1890 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1890 2025 CRP-6482.pdf	1 PS 1890 2025 CRP-6482.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1890 2025 CRP-11244.pdf	2 PS 1890 2025 CRP-11244.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1890 2025 CRP-12147.pdf	3 PS 1890 2025 CRP-12147.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1890 2025 CRP-15290.pdf	4 PS 1890 2025 CRP-15290.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1890 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1890 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12. PS 1890 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1890 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 :
89970d9fdaa3caba445c371ae233f0defa849db752d98a4863f035485cfc28af67b94fec1f0e1003528cb7d2efea2224
Número de Factura: FEL-211
Fecha de Emisión: 09/01/2026
Fecha de Vencimiento: 09/01/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GOMEZ RINCON JULIO CESAR
Nombre Comercial: GOMEZ RINCON JULIO CESAR
Nit del Emisor: 80025671
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ -
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 152 19A 67 CS 1
Teléfono / Móvil: 3002135977
Correo: jcgomezrincon@gmail.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: Dg 34 3 14
Teléfono / Móvil: 6013444484
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	SCO1	Hora de trabajo especializado como médico infectólogo	HUR	240,00	\$ 101.661,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 24.398.640,00

Notas Finales

Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1890 2025, correspondiente al mes de enero de 2026
Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
09/01/2026 13:32:29
Documento validado por la
DIAN:
09/01/2026 13:32:29
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	24398640
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24398640
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	24398640
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24398640

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	24.398.640,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24.398.640,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	24.398.640,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24.398.640,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764098287723 Rango desde: 195 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2026-03-08