

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON		CC:	80178198	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAHR26051980@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3016941738	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 50 174 B 06		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	7002030708

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1787 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 17.439.552
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		



CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON  
PS\_1787\_2025\_4D5433

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON

CC: 80178198

CEL: 3016941738

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

**CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON**

**CON C.C N°**

**80.178.198**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1787 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 63.603.072	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>204</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 218.250.864	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 17.439.552
---	----------------	--	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

**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 de la especialidad de cirugía general, realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo de mi especialidad, atendiendo patologías quirúrgicas en adulto con alto nivel científico, ético y humano, mi labor incluye brindar atención integral, oportuna y pertinente, respetando los derechos del paciente y cumpliendo normativas vigentes, garantizando una atención personalizada y segura, aplicando protocolos y guías clínicas establecidas, realizó registros asistenciales, conceptos médicos y participó en seguimiento clínico. Además del uso adecuado de equipos, la confidencialidad de la información, la notificación de eventos de seguridad, docencia, asistir a capacitaciones, supervisión y cumplimiento de requisitos legales, contractuales y administrativos durante la prestación del servicio.
---	--

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9497603108	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 1.482.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/06	\$ 2.016.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	\$ 289.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 3.788.100</b>

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 ibr 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON*

*PS\_1787\_2025\_4D5433*

**CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON**

**CC: 80178198**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1787\_2025\_4D5433*

**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\_1787\_2025\_4D5433*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[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

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

### 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"/> 1. PS 1787 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1787 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. PS 1787 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1787 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

## Datos guardados

<input type="checkbox"/>	5. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	6. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 1787 2025 CRP-6396.pdf	1 PS 1787 2025 CRP-6396.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2 PS 1787 2025 CRP-13501.pdf	2 PS 1787 2025 CRP-13501.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	7. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	8. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3 PS 1787 2025 CRP-18991.pdf	3 PS 1787 2025 CRP-18991.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	9. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	10. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	11. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	12. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1787 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80178198		HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 50 A 174 B 06 TORRE 6 APTO 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8071554	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-12	2025-12	2063031852	9497603108	I	2026/01/26	2026/01/06	DAVibank S.A.	0	\$3,788,100	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																			
EMPLEADO														NOVEDADES																					
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc	
1	CC	80178198	HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
<b>Total Afiliados(1)</b>																																			

										SALARIO					PENSION							SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irt	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integ rat	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Aftitado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						\$ 11.860.267	No		COLPENSIONES	30	\$ 11.860.267	16%	SIN RIESGO	\$ 1.897.700	\$ 0	\$ 0	\$ 59.400	\$ 59.400	\$ 0	\$ 2.016.500		SANITAS	30	\$ 11.860.267	12,5%	\$ 1.482.600	\$
																				\$ 2.016.500						\$ 1.482.600	

		CCF					RIESGOS					PARAFISCALES											
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	\$ 1.482.600		0	\$ 0	0%	\$ 0	ARL SURA	30	\$ 11.860.267	2,436%	3	\$ 289.000	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
	\$ 1.482.600					\$ 0						\$ 289.000				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80178198		HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 50 A 174 B 06 TORRE 6 APTO 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8071554	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2063031852	9497603108	I	2026/01/26	2026/01/06	DAVibank S.A.	0	\$3,788,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,016,500	\$0	\$0	\$2,016,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,016,500	\$0	\$0	\$2,016,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$289,000	\$0	\$0	\$289,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$289,000	\$0	\$0	\$289,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,482,600	\$0	\$0	\$1,482,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,482,600	\$0	\$0	\$1,482,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$3,788,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$3,788,100</b>	

**CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCON**  
NIT 80178198-5  
Calle 37 No. 53 - 241 Torre 2 Apto 403, Rionegro, Antioquia,  
Tel: +573016941738  
cahr26051980@gmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE  
VENTA

**No. CHR106**  
No responsable de IVA

<b>SEÑOR(ES)</b> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	<b>FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)</b>
<b>DIRECCIÓN</b> DG 34 # 5 - 43, Colombia, Bogotá, D.C., Bogotá D.C.	27/01/2026
<b>TELÉFONO</b> 3444484	<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>
<b>NIT</b> 900959051-7	26/02/2026

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	SERVICIOS PRESTADOS EN CIRUGÍA GENERAL ((204 HORAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE SANTA CLARA))	Servicio	\$85.488,00	204		\$17.439.552,00



Moneda: COP  
Generado: 2026-01-27 07:22:43-05:00  
Validación DIAN: 2026-01-27 07:23:43-05:00  
Tipo de operación: Estándar  
Forma de pago: Crédito

**CUFE: 72afdef50239c65e87ee5a8e4b4047f68822affbf5939fdbec5d421d65a8135d7dbc9e95a40f48e167eebd9726fbffef**

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	\$17.439.552,00
<b>Total</b>	<b>\$17.439.552,00</b>

**Total de líneas: 1**

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764101345097 de 2025-11-10 Modalidad Factura Electrónica Desde N° CHR102 hasta CHR500 con vigencia hasta 2026-05-10

**Representación gráfica de factura de venta electrónica**