

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ			CC:	79509506
CORREO ELECTRÓNICO:	FERLEYMOJICA@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3155867522
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 21 N° 137 - 38			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	005300365938
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1561 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 18.530.880	
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				
 FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ PS_1561_2025_31943D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ CC: 79509506 CEL: 3155867522					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

CON C.C N°79.509.506

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 1561 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$74.123.520No. HORAS EJECUTADAS192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$211.271.026VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$18.530.880

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

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 adultos 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 y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
4. 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
5. 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. 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. 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
6. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA
7. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad, realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes
8. 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. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
9. 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.
10. 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
11. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
12. 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
13. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e

1	implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera 14. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 15. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones 16. Cumpro 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° 9497800405	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/15	\$ 1.200.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/15	\$ 1.632.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/15	\$ 233.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.065.900

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	 FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ PS_1561_2025_31943D _____ FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ CC: 79509506
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1561_2025_31943D _____ DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_1561_2025_31943D

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Identificación			dv	Razon Social								Clase Aportante				Sucursal Principal				Direccion				Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
CC 79509506				MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL								INDEPENDIENTE				PRINCIPAL				CR 21 137 38 Apt 305				BOGOTA-BOGOTA D.E.				7532525		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	2083117975				9497800405				I				2026/01/05				2026/01/15				BANCO DAVIVIENDA				10				\$3,084,800																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	ca	dis	cap	vis	cor	vs	ln	ige	lim	vac	av	tri	tr	vis	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
1	CC 79509506	MOJICA FERLEY																	X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											</

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,632,000	\$10,000	\$0	\$1,642,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,632,000	\$10,000	\$0	\$1,642,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$233,900	\$1,500	\$0	\$235,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$233,900	\$1,500	\$0	\$235,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,200,000	\$7,400	\$0	\$1,207,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$1,200,000	\$7,400	\$0	\$1,207,400
TOTAL				1	\$3,065,900	\$18,900	\$0	\$3,084,800



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

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?

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		
☐	1. PS 1561 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1561 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1561 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1561 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1561 2025 CRP-6208.pdf	1 PS 1561 2025 CRP-6208.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1561 2025 CRP-15865.pdf	2 PS 1561 2025 CRP-15865.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1561 2025 CRP-18812.pdf	3 PS 1561 2025 CRP-18812.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12.PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1561 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Espacio para
Logo Corporativo

FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ
NIT 79.509.506-
CR 21 137 38 AP 305
Tel: (031) 3145741468
Bogotá - Colombia
ferleymojica@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FMG 100

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 302329056
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	26/01/2026, 09:15
Expedición	26/01/2026, 11:19
Vencimiento	26/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS DE SALUD 192 HORAS	1.00	18,530,880.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Dieciocho millones quinientos treinta mil ochocientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 18,530,880.00

Observaciones:

Total Bruto	18,530,880.00
Total a Pagar	18,530,880.00

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 18764103152795 aprobado en 20251215 prefijo FMG desde el número 99 al 1000 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 60f4f42340d67cbcd94f7a782303593fa7e83d98ffc43c97571f203a325c0beba9dd2b414ac9ed6f122bcdff03b7df8

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Sigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML