

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ		<b>CC:</b>	1192801620
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	marquezgjc@javeriana.edu.co		<b>TELÉFONO:</b>	3046347314
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 7A 8 20 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 10379264421

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 2620 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 5.391.408
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



*JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ*  
*PS\_2620\_2025\_AFA4C2*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ**

**CC: 1192801620**

**CEL: 3046347314**

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

**JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ**

**CON C.C N°**

**1.192.801.620**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2620 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 15.684.096	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>264</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 70.149.570	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.391.408
---	---------------	--	--------------

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

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	NATALY DUQUE SALAZAR
-------------------------------	----------------------

**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	<p>1. Se realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3. Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4. Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7. Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9. Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12. Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13. Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14. Se dió cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dió cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17. Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18. Se realizó verificación y supervisión de manual limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20. Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.</p>
---	---

**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° 9497558162	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/01/05	\$ 227.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	\$ 291.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 44.400
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 563.100</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 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ</i> PS_2620_2025_AFA4C2</p> <hr/> <p><b>JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ</b> <b>CC: 1192801620</b></p>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</i> PS_2620_2025_AFA4C2</p> <hr/> <p><b>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>NATALY DUQUE SALAZAR</i> PS_2620_2025_AFA4C2</p> <hr/> <p><b>NATALY DUQUE SALAZAR</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192801620		MARQUEZ GONZALEZ JUAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7a#8 -20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2931329	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	2060797352	9497558162	I	2026/01/07	2026/01/05	NEQUI	0	\$563,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,820,000	\$291,200			\$1,820,000	\$227,500			\$0	\$0			\$1,820,000	\$44,400		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,820,000	\$291,200			\$1,820,000	\$227,500			\$0	\$0			\$1,820,000	\$44,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,820,000	\$291,200			\$1,820,000	\$227,500			\$0	\$0			\$1,820,000	\$44,400		\$0	\$0
1	CC	1192801620	MARQUEZ JUAN	25-14	30	\$1,820,000	\$291,200	EPS010	30	\$1,820,000	\$227,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,820,000	\$44,400	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,820,000	\$291,200			\$1,820,000	\$227,500			\$0	\$0			\$1,820,000	\$44,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192801620		MARQUEZ GONZALEZ JUAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7a#8 -20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2931329	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	2060797352	9497558162	I	2026/01/07	2026/01/05	NEQUI	0	\$563,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$291,200	\$0	\$0	\$291,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$291,200	\$0	\$0	\$291,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,400	\$0	\$0	\$44,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$44,400	\$0	\$0	\$44,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,500	\$0	\$0	\$227,500	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$227,500	\$0	\$0	\$227,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$563,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$563,100</b>	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

**VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios

**Ejecución del Contrato**

4 Documentos del Proveedor

 Porcentaje  Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

**Plan de Pagos**

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

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					

9 Incumplimientos

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (9).pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (9).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (87).pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (87).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (18).pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (18).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (4).pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (4).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (4).pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (4).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (18).pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (18).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 2620 2025 CRP-4833.pdf	1 PS 2620 2025 CRP-4833.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 2620 2025 CRP-13729.pdf	2 PS 2620 2025 CRP-13729.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 2620 2025 CRP-18125.pdf	3 PS 2620 2025 CRP-18125.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS2620 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO DE 2025.pdf	PS2620 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2620 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS2620 OCTUBRE.pdf	PS2620 OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS2620 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE DE 2025.pdf	PS2620 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2620_2025_ cuenta de cobro de Julio .pdf	PS 2620_2025_ cuenta de cobro de Julio .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

