

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO			CC:	1032400991
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDRESSALAMANCA@YANDEX.COM			TELÉFONO:	3105726332
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28 13A 24			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488405197911
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2013 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 4.154.805
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/05				



ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO
PS_2013_2026_927EF0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO
CC: 1032400991
CEL: 3105726332

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO

CON C.C N°1.032.400.991

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2013 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 68.692.776	No. HORAS EJECUTADAS	45
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 68.692.776	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.154.805
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZBETH PINZON AYALA

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	Realizar consultas médicas conforme al estandar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E
2	Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente.
3	Registrar la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, y mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
4	Registrar en la historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
5	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
6	Elaborar historia clinica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las politicas de la Subred.
7	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
8	Cualquier actividad que se requiera para dar cumplimiento al contrato y que se acuerden con el supervisor contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
9	Cantidad de horas realizadas en el proceso: 45 Horas en el mes de febrero , correspondientes a 9 horas de consulta san blas (promedio de 27 consultas),5 horas hospital la Victoria, 03 horas de posoperatorios y 28 horas de procedimientos.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-05)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 48688554	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/23	\$ 1.961.000

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/23	\$ 2.667.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/23	\$ 382.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 5.010.400
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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO</div><div>PS_2013_2026_927EF0</div><div>ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO</div><div>CC: 1032400991</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LIZBETH PINZON AYALA</div><div>PS_2013_2026_927EF0</div><div>LIZBETH PINZON AYALA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	23/02/2026	48688554	\$5.010.400	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.957.200	0		0		0	3	3.800	0	1.961.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.505.300	0	0	78.300	78.300	3	4.800	400	2.667.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	381.500				381.500	3	800	382.300			3.815	382.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.957.200	1.961.000
Pensión	1	2.661.900	2.667.100
Riesgos Laborales	1	381.500	382.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.000.600	5.010.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032400991	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO		Calle 28 # 13A - 24	3105726332	andressalamanca@yandex.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	23/02/2026	48688554	\$5.010.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032400991	SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE	59	0		N																			25-14	15.657.534	2.505.300	0	0	78.300	78.300	EPS005	15.657.534	1.957.200	14-23	15.657.534	3	381.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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		
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf (Archivado)	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1064 2025 CRP-4456.pdf	1 PS 1064 2025 CRP-4456.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1064 2025 CRP-14925.pdf	2 PS 1064 2025 CRP-14925.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1064 2025 CRP-18632.pdf	3 PS 1064 2025 CRP-18632.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1064 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1064 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NC ADI PRO CDP 2994.zip	NC ADI PRO CDP 2994.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 1064 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
22bb59badb002d6867d6d380671e074ba328bf8714a361e4a13e77aee5b4818511636cbdb9040d7824f723bf45c815a

Número de Factura: FACT-43

Fecha de Emisión: 23/02/2026

Fecha de Vencimiento: 23/02/2026

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: SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE

Nombre Comercial: SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE

Nit del Emisor: 1032400991

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8622

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 12 140 42 BRR CEDRITOS

Teléfono / Móvil: 3105726332

Correo: andressalamanca@yandex.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: O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: TRANSVERSAL 5 ESTE # 19-50 SUR

Teléfono / Móvil: 3282828 EXT. 13192

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	001	Servicios MedicoQuirurgicos	HUR	45,00	\$ 92.329,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 4.154.805,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
23/02/2026 09:30:22
Documento validado por la
DIAN:
23/02/2026 09:30:23
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4154805
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4154805
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4154805
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 4154805

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.154.805,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.154.805,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.154.805,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 4.154.805,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764084652579 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-12-03