

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

|                                 |                               |                        |                  |                   |           |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|-----------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>     | DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ |                        | <b>CC:</b>       | 1015443471        |           |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>      | DDANIELVR@GMAIL.COM           |                        | <b>TELÉFONO:</b> | 3212281892        |           |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>     | KR 15 63 62 AP 201            |                        | <b>CIUDAD:</b>   | BOGOTA            |           |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b> | BANCO DE BOGOTA               | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | AHORROS          | <b>N° CUENTA:</b> | 040966145 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                 |                              |   |               |
|---------------------------------|------------------------------|---|---------------|
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>         | PS 1672 2025                 | <b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b> | \$ 16.740.000 |
| <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 |   |               |



DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ  
PS\_1672\_2025\_EA70B0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ

CC: 1015443471

CEL: 3212281892

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ**

**CON C.C N°** **1.015.443.471**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1672 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/01/01</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |               |                             |            |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 75.229.440 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>186</b> |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

|   |                |  |               |
|---|----------------|--|---------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 224.646.769 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 16.740.000 |
|---|----------------|--|---------------|

|  |                  |
|--|------------------|
| <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> | JORGE EDUARDO CARO CARO |
|-------------------------------|-------------------------|

|             |  |
|-------------|--|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|-------------|--|

1. Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos definidos dentro del plan de manejo de la especialidad de ginecología y obstetricia. Estudio, diagnóstico y trato patologías y trastornos del sistema reproductor femenino y de la paciente obstétrica y del binomio madre feto, que requieren tanto la aplicación de técnicas quirúrgicas como no quirúrgicas, con un alto nivel científico, ético y humano. Desempeño mi labor de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de cada paciente, teniendo siempre en cuenta que todas las decisiones clínicas tomadas en la atención médica deben procurar el mejoramiento de su salud y bienestar.
2. Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada. Cumplo con el principio de equidad y pongo énfasis en la aplicación de actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención. Además, sugiero cambios o modificaciones que permitan unificar criterios, con el fin de ofrecer una atención integral adecuada y conforme a los estándares de habilitación y acreditación.
3. Realizo las actividades según las necesidades de la Subred, brindando cobertura en todas las unidades donde se preste el servicio y sea requerido. Aplico y participo activamente en la implementación de la lista de seguridad quirúrgica.
4. Informo al paciente y a su familia sobre la condición clínica, el plan de manejo, la atención y las recomendaciones al egreso, generando un alto grado de satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5. Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente, así como todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6. Respeto los derechos del paciente, cumplo con el Código de Ética Médica y con las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en los que se brinda la atención.
7. Realizo el seguimiento y control a los pacientes que lo requieran, e imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8. Emito los conceptos médicos que se requieran, de conformidad con mi especialidad, y realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
9. Diligencio de forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema) los formatos, historias clínicas, consentimientos informados, reportes de estudios y demás registros propios de mi labor, de acuerdo con la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y las directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma.
10. Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11. Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos, instalaciones y los recursos que la Subred aporta para el desarrollo de las actividades contratadas, y respondo por su reposición o reparación cuando los daños sean ocasionados por negligencia o manipulación inadecuada de los mismos.
12. Reporto al área de Recursos Físicos Activos Fijos de la Subred los equipos de mi propiedad que destino a las actividades asistenciales.
13. Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.
14. Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en el desarrollo de la atención que estoy obligado a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15. Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales, evitando así que se generen glosas definitivas o procesos de conciliación por parte de las EAPB.
16. Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente, apoyo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.

17. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
18. Apoyo las actividades de docencia servicio en la revista médica u otros espacios dirigidos a los estudiantes y/o al personal del servicio, con el fin de contribuir al desarrollo y formación del recurso humano en salud.
19. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad.
20. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
21. Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.
22. Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la Subred realice, ya sea de forma directa a través de la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o mediante terceros.
23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes emitidas por la supervisión y por la Oficina de Calidad.
24. Acredito mi inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF, y soporte de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato. Este es un requisito indispensable para que se genere cada pago a mi favor, por lo cual anexo la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social, que comprende salud, pensión y riesgos laborales.
25. Porto el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
26. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades.
27. Participo en investigaciones y estudios específicos de casos orientados a resolver causas y encontrar soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta.

### 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° 27797693  | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SANITAS      | 2026/01/19    | \$ 729.000   |
| PENSIÓN:           | COLPENSIONES | 2026/01/19    | \$ 991.600   |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA     | 2026/01/19    | \$ 142.100   |
| OTRO               |              |               |              |
| TOTAL PAGADO       |              |               | \$ 1.862.700 |

### 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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**



DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ

PS\_1672\_2025\_EA70B0

**DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ**

**CC: 1015443471**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1672\_2025\_EA70B0*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*JORGE EDUARDO CARO CARO*

*PS\_1672\_2025\_EA70B0*

**JORGE EDUARDO CARO CARO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                               |        |                              |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                    | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 1015443471        | DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ |        | carrera 15 no 63 62 apto 201 | 5161982            | ddanielvr@gmail.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     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 19/01/2026               | 27797693        | \$1.862.700   |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### 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 | 729.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 729.000       | 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 | 933.200                | 0                          | 0                           | 29.200                   | 29.200                    | 0         | 0                     | 0              | 991.600       | 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 | 142.100                |                  |       |                        | 142.100               | 0         | 0                     | 142.100             |                            |                     | 1.421             | 142.100       | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Salud               | 1                              | 729.000                             | 729.000          |
| Pensión             | 1                              | 991.600                             | 991.600          |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 142.100                             | 142.100          |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0                |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0                |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0                |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0                |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0                |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>1.862.700</b>                    | <b>1.862.700</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1015443471        | DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ |        | carrera 15 no 63 62 apto 201 | 5161982            | ddanielvr@gmail.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    |               |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1           | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |             | TOTAL A PAGAR |  |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 19/01/2026               | 27797693        | \$1.862.700 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |           | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VBT | SILN    | ISE | MA | MA | ASP   | 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   | 1015443471            | VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL | 57                    | 0       |           |                | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |       |     |     |                   | 25-14    | 5.832.000 | 933.200    | 0                    | 0                    | 29.200                         | 29.200                          | EPS005   | 5.832.000 | 729.000                | 14-23    | 5.832.000 | 3               | 142.100    |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

- 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?  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   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. PS 1672 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf          | 1. PS 1672 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf          | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2. PS 1672 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf        | 2. PS 1672 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf        | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf  | 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf  | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf | 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 4. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf       | 4. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 5. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf        | 5. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf        | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 6. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf       | 6. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 1672 2025 CRP-8292.pdf                          | 1 PS 1672 2025 CRP-8292.pdf                          | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 1672 2025 CRP-12104.pdf                         | 2 PS 1672 2025 CRP-12104.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 1672 2025 CRP-15889.pdf                         | 3 PS 1672 2025 CRP-15889.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 7. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf       | 7. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 4 PS 1672 2025 CRP-18905.pdf                         | 4 PS 1672 2025 CRP-18905.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 8. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf      | 8. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| PS_1672_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)                             | PS_1672_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLAS.pdf                | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 9. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf  | 9. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 10. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf    | 10. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf    | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 11. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | 11. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 12. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf  | 12. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

- 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?  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   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. PS 1672 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf          | 1. PS 1672 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf          | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2. PS 1672 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf        | 2. PS 1672 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf        | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf  | 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf  | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf | 3. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 4. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf       | 4. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 5. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf        | 5. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf        | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 6. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf       | 6. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 1672 2025 CRP-8292.pdf                          | 1 PS 1672 2025 CRP-8292.pdf                          | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 1672 2025 CRP-12104.pdf                         | 2 PS 1672 2025 CRP-12104.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 1672 2025 CRP-15889.pdf                         | 3 PS 1672 2025 CRP-15889.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 7. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf       | 7. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 4 PS 1672 2025 CRP-18905.pdf                         | 4 PS 1672 2025 CRP-18905.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 8. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf      | 8. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_1672_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)    | PS_1672_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLAS.pdf                | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 9. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf  | 9. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 10. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf    | 10. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf    | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 11. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | 11. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 12. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf  | 12. PS 1672 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

fb545673d125758916e3ae58fa607df728ac319992bd3764101f85f0dfd2cbc4daf8c241732a00a97c514c4d04a8ec3a

Número de Factura: FEV-2

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 27/01/2026

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 31/01/2026

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL

Nombre Comercial: VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL

Nit del Emisor: 1015443471

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 15 63 62 AP 201

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3212281892

Correo: ddvargas@unal.edu.co

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-23

Dirección: DG 34 3 14

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3444484

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    | 1      | PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA | NIU | 186,00   | \$ 90.000,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 16.740.000,00         |

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 27/01/2026 15:54:29  
**Documento validado por la DIAN:**  
 27/01/2026 15:54:30  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0   |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Subtotal</b>               | 16740000                  |
| Descuento detalle             | 0,00                      |
| Recargo detalle               | 0,00                      |
| <b>Total Bruto Factura</b>    | 16740000                  |
| IVA                           | 0,00                      |
| INC                           | 0,00                      |
| Bolsas                        | 0,00                      |
| Otros impuestos               | 0                         |
| <b>Total impuesto (=)</b>     | 0                         |
| <b>Total neto factura (=)</b> | 16740000                  |
| Descuento Global (-)          | 0,00                      |
| Recargo Global (+)            | 0,00                      |
| <b>Total factura (=)</b>      | <b>COP \$ \$ 16740000</b> |

### Valores informativos

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ANTICIPOS</b> |   |
| Anticipos        | 0 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| <b>RETENCIONES</b> |      |
| Rete fuente        | 0,00 |
| Rete IVA           | 0,00 |
| Rete ICA           | 0,00 |

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO |     |

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Subtotal</b>               | 16.740.000,00                  |
| Descuento detalle             | 0,00                           |
| Recargo detalle               | 0,00                           |
| <b>Total Bruto Factura</b>    | 16.740.000,00                  |
| IVA                           | 0,00                           |
| INC                           | 0,00                           |
| Bolsas                        | 0,00                           |
| Otros impuestos               | 0,00                           |
| <b>Total impuesto (=)</b>     | 0,00                           |
| <b>Total neto factura (=)</b> | 16.740.000,00                  |
| Descuento Global (-)          | 0,00                           |
| Recargo Global (+)            | 0,00                           |
| <b>Total factura (=)</b>      | <b>COP \$ \$ 16.740.000,00</b> |

### Valores informativos

|                  |      |
|------------------|------|
| <b>ANTICIPOS</b> |      |
| Anticipos        | 0,00 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| <b>RETENCIONES</b> |      |
| Rete fuente        | 0,00 |
| Rete IVA           | 0,00 |
| Rete ICA           | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764104641566 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2028-01-16