

2026 04 10 1,152,400

PHARMA MEDICAL SERVICES SAS

UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO  
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN  
Nit: 860020094

OPS-076  
Sistemas CitiSalud SAS

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 36640

Beneficiario: 900452680 - PHARMA MEDICAL SERVICES SAS

## DETALLE DE LA CAUSACION

| Num Doc | Descripción                                                       | Prefijo  | Fecha               | ValorTotal              |
|---------|-------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------------|
| 40369   | Serv medicina especializada en PSIQUIATRIA 24 FEB AL 20 MARZ 2026 | PH - 617 | 31/03/2026 00:00:00 | 1,340,000               |
|         |                                                                   |          |                     | <b>Total: 1,340,000</b> |

## DETALLE RETENCIONES

| Concepto | DesConcepto                        | Base Retención | % | Valor                 |
|----------|------------------------------------|----------------|---|-----------------------|
| 892      | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000    | 1340000        |   | 6,700                 |
| 008      | 24402401 TASA PRO-DEPORTE          | 1340000        |   | 33,500                |
| 369      | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11% | 1340000        |   | 147,400               |
|          |                                    |                |   | <b>Total: 187,600</b> |

## DETALLE CONTABILIDAD

| Cuenta   | Descripción                     | Débito        | Crédito          |
|----------|---------------------------------|---------------|------------------|
| 11100501 | DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006 |               | 0                |
| 24010101 | BIENES                          | 1,152,400     | 0                |
|          |                                 | <b>Total:</b> | <b>1,152,400</b> |

## DETALLE PRESUPUESTO

| Giro | Compromiso | Contrato | CRP | CDP | Rubro             | Descripción                                     | Valor                   |
|------|------------|----------|-----|-----|-------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| 339  | 396        | 16       | 21  | 16  | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 1,340,000               |
|      |            |          |     |     |                   |                                                 | <b>Total: 1,340,000</b> |

## DETALLE DEL EGRESO

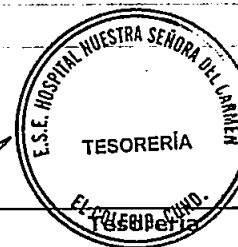
PAGO Serv medicina especializada en PSIQUIATRIA 24 FEB AL 20 MARZ 2026



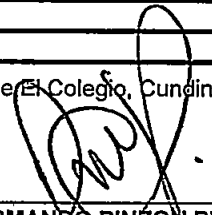
Preparado

Revisado

Aprobado



REGION DE SALUD  
CENTRO**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 16                                                                                                                                            |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PHARMA MEDICAL SERVICES S.A.S                                                                                                                 |
| IDENTIFICACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 900452680-2                                                                                                                                   |
| FECHA DE SUSCRIPCION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1/01/2026                                                                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 64.000.000                                                                                                                                 |
| PLAZO INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8 MESES                                                                                                                                       |
| FECHA DE INICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1/01/2026                                                                                                                                     |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31/08/2026                                                                                                                                    |
| TIEMPO DE PRORROGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
| ADICION EN VALOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
| FECHA TERMINACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
| MES PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                               |
| Certificación de pago seguridad social y parafiscales                                                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA DE CERTIFICACION:20/MARZO/2026                                                                                                          |
| El coordinador del área CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de MARZO                                                                                                                              |                                                                                                                                               |
| Que razón a dicha ejecución, el valor correspondiente a pagar es de UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS \$ ( 1,340,000 )                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                               |
| Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios ) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato. |                                                                                                                                               |
| Informe de pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                                                                                                                                            |
| Planilla de Seguridad Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                                                                                                                            |
| Factura -Cuenta de cobro                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI                                                                                                                                            |
| Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de MARZO 2026                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                               |
| <br>DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA<br>SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO  
Dir: - Tel: 8475026  
Nit: 860020094

Sistemas CitiSalud SAS

ORDENES DE PAGO: 40369

Tercero: 900452680 - 2 - PHARMA MEDICAL SERVICES SAS

Autorretenedor: NO

Factura: 617

Regimen: Comun

Contribuyente: NO

Prefijo: PH

No. Contrato: 16

I.C.A: ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL

Fecha Factura: 31/03/2026

Fecha: 31/03/2026

Fecha Vence: 08/05/2026

Descripción: Serv medicina especializada en PSIQUIATRIA 24 FEB AL 20 MARZ 2026

Valor en Letras: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE

CONCEPTOS

| TTercero | DesTTercero                        | Concept | Descripción CXP                                                        | Iva | Descripción IVA | Valor     |
|----------|------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-----------|
|          |                                    | 1892    | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000                                        |     |                 | 6,700     |
|          |                                    | 2008    | 24402401 TASA PRO-DEPORTE                                              |     |                 | 33,500    |
|          |                                    | 308     | 73410201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - IMAGINOLOGÍA |     |                 | 1,340,000 |
|          |                                    | 369     | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11%                                     |     |                 | 147,400   |
| 03       | 24010101<br>PROVEEDOR<br>SERVICIOS |         |                                                                        |     |                 | 1,152,400 |

DETALLE CONTABLE

| Cuenta   | DesCuenta                                                         | Lugar | UFuncional | CCostos | Nit       | Debito    | Credito   |
|----------|-------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 73410201 | REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS                    | 01    | 01         | 010101  | 900452680 | 1,340,000 | 0         |
| 24010101 | BIENES                                                            |       |            |         | 900452680 | 0         | 1,152,400 |
| 24360302 | HONORARIOS 11%                                                    |       |            |         | 900452680 | 0         | 147,400   |
| 24362707 | RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil |       |            |         | 900452680 | 0         | 6,700     |
| 24402401 | TASAS - PRO DEPORTE                                               |       |            |         | 900452680 | 0         | 33,500    |
| Total:   |                                                                   |       |            |         |           | 1,340,000 | 1,340,000 |

Cancelado: 0  
Saldo Actual: 1,152,400

DETALLE PRESUPUESTAL

| Disponibilidad | Registro | Obligación | Lugar | Rubro             | Descripción                                     | Valor     |
|----------------|----------|------------|-------|-------------------|-------------------------------------------------|-----------|
| 99 - 16        | 91 - 21  | 83 - 396   | 01    | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 1,340,000 |
| Total:         |          |            |       |                   |                                                 | 1,340,000 |

Elaboró:

Presupuesto



**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO**  
Dir: - Tel: 8475026  
Nit: 860020094

**ORDENES DE PAGO: 40369**

---

**Contador**

---

**Gerente**



E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen  
De El Colegio Cundinamarca  
NIT: 860.020.094-8

Marzo 2026

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL  
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO**

**CERTIFICA:**

Que Pharma Medical, NIT 900.452.680-2 presento factura Electrónica PH-617 por valor de COP 1.340.000 correspondiente a los servicios prestados en PSIQUIATRIA en el periodo 24 de febrero al 20 marzo 2026, CUMPLE con la entregade los soportes correspondientes a la facturación según relación de actividades adjuntas.

En constancia firma

*Hugo Ibañez*  
HUGO ERNESTO IBÁÑEZ GUTIERREZ  
CC. 1.075.625.621  
COORDINACION FACTURACION

Celular: 3107823161  
9 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06  
Email: [contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co](mailto:contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co)



PHARMA MEDICAL SERVICES  
SAS  
NIT 900.452.680-2  
CL 169B 75 73  
Tel: 3133872955  
Bogotá - Colombia  
pharmamedicalsas@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
No. PH 617

|           |                                                                         |          |                       |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Señores   | E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO<br>CUNDINAMARCA |          |                       |
| NIT       | 860.020.094-8                                                           | Teléfono | (601) 3107845183      |
| Dirección | AV MEDIANA N° 6 - 06                                                    | Ciudad   | El Colegio - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 20/03/2026, 13:19 |
| Expedición           | 20/03/2026, 13:19 |
| Vencimiento          | 20/03/2026        |

| Ítem | Descripción                                                                                                                                                      | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| 1    | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA ENTRE EL 24 DE FEBRERO Y EL 20 DE MARZO DEL 2026 - EVENTO - SERVICIO DE URGENCIAS | 1.00     | 40,000.00    | 40,000.00    |
| 2    | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA ENTRE EL 24 DE FEBRERO Y EL 20 DE MARZO DEL 2026 - HORA SERVICIO AMBULATORIO      | 13.00    | 100,000.00   | 1,300,000.00 |

Total ítems: 2

Valor en Letras:

Un millón trescientos cuarenta mil pesos m/cto

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-03-20 por

\$

1,340,000.00

|               |              |
|---------------|--------------|
| Total Bruto   | 1,340,000.00 |
| Total a Pagar | 1,340,000.00 |

Observaciones:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 016-2026 CON OBJETO:  
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA PARA LA  
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO.  
REALIZAR TRANSFERENCIA A LA CUENTA DE AHORROS N° 108900040396 DEL BANCO DAVIVIENDA A  
NOMBRE DE PHARMA MEDICAL SERVICES S A S CON NIT 900.452.680-2

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 18764105796468 aprobado en 20260210 perfil PH desde el número 601 al 900 Vigencia: 24 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 8692 Actividades de apoyo terapéutico Tarifa  
CUFE: 55d2f70b3c5b451981807f8a93e7aeaa03d5a73f9dfd3b23909b0a7c68bb1868d0d9e1ede5f1850c8c4a6c72a8379f00

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

|                                                                                   |                                                               |  |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|-----------------|
|  | <b>E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO</b> |  | <b>Código</b>   |
|                                                                                   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>                         |  | <b>SUB-F1</b>   |
|                                                                                   | <b>PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN</b>                     |  | <b>V01-2024</b> |

| INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------|----------------------|---------------|-------------|----|
| ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
| INFORMACIÓN BÁSICA                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
| PERIODO DEL INFORME                                                                                                                                                                                                                | MARZO 2026                                                                                                                                    |                | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. |                      | 016-2026      |             |    |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                | PHARMA MEDICAL SERVICES S.A.S.                                                                                                                |                | C.C. No.                                |                      | 900.452.680-2 |             |    |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                            | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO. |                |                                         |                      |               |             |    |
| Informe No:                                                                                                                                                                                                                        | 03                                                                                                                                            |                | Fecha:                                  |                      | MARZO 2026    |             |    |
| Iniciación:                                                                                                                                                                                                                        | 01/01/2026                                                                                                                                    | Plazo Inicial: | 08 MESES                                | Prórroga:            |               | Fecha Final |    |
| Finalización:                                                                                                                                                                                                                      | 31/08/2026                                                                                                                                    |                |                                         |                      |               |             |    |
| REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
| No DISPONIBILIDAD                                                                                                                                                                                                                  | VALOR                                                                                                                                         |                | No REGISTRO PRESUPUESTAL                | VALOR                |               |             |    |
| 16                                                                                                                                                                                                                                 | \$ 64.000.000                                                                                                                                 |                | 21                                      | \$ 64.000.000        |               |             |    |
| ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
| Valor total Del Contrato                                                                                                                                                                                                           | \$ 64.000.000                                                                                                                                 |                | Valor Cobrado:                          | \$ 1.340.000         |               |             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                               |                | Valor Giros Efectuados                  | \$ 1.460.000         |               |             |    |
| ADICIÓN PRÓRROGA                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
| Fecha de Inicio:                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                               |                |                                         | Fecha de Terminación |               |             |    |
| Valor Adición:                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               |             |    |
| % Ejecución del contrato                                                                                                                                                                                                           | 4,38%                                                                                                                                         |                | %Ejecución Financiera                   | 2,28%                |               |             |    |
| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               | CUMPLE      |    |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               | SI          | NO |
| Proceder al diligenciamiento adecuado y oportuno de la Historia clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución No. 1995 de 1999 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o deroguen                      |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               | X           |    |
| Prestar servicios profesionales de salud en PSIQUIATRÍA, en la ESE a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio objeto del contrato, de acuerdo con la infraestructura y capacidad tecnológica de la institución, |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               | X           |    |
| Formular diagnósticos y prescribir tratamientos siguiendo los derechos del paciente brindando la cobertura requerida por la institución.                                                                                           |                                                                                                                                               |                |                                         |                      |               | X           |    |

**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO****FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES****PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN****Código**

SUB-F1

**Versión**

V01-2024

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| Atender a los pacientes que ingresan al Hospital, cualquiera que sea el régimen de atención, de acuerdo a su especialidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X |  |
| Cumplir con las políticas de Humanización Institucional,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X |  |
| Proporcionar un tratamiento preciso a los usuarios diagnosticados, orientándolos con recomendaciones para la prevención y descartar cualquier padecimiento orgánico subyacente, utilizando todos los recursos tecnológicos disponibles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X |  |
| Obtener consentimiento informado en los casos en los que el usuario requiera algún procedimiento para su cuidado y tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X |  |
| Diligenciar adecuadamente los registros de los sistemas de información, de la misma forma todos los elementos que se requieran para el registro en el sistema de información y que sean de uso estrictamente personal por cada especialista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | X |  |
| En el evento que por su actuación se desvíe del cumplimiento del objeto contractual y por cuya razón las respectivas facturas de cobro sean glosadas o imposibles de cobrar total o parcialmente, el profesional contratista asumirá bajo su responsabilidad dichos valores, para lo cual autoriza a la entidad contratante para que estos le sean descontados de las sumas existentes a su favor, Igualmente el CONTRATISTA participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el HOSPITAL | X |  |
| Dar cumplimiento a las actividades derivadas del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud de la Institución y el Sistema de información para la Calidad; y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X |  |
| Obtener autorización para todo procedimiento de diagnóstico y tratamiento debe ser realizado previa autorización de la Empresa Administradora de planes de Beneficios o aseguradora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X |  |
| Reportar mensualmente a la coordinación asistencial del HOSPITAL los incidentes, complicaciones, eventos adversos o incidentes terapéuticos, medicamentosos que se presenten con motivo de la prestación de sus servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X |  |
| Suministrar el personal en misión, pagando oportunamente al personal los salarios dentro de los cinco (05) primeros días de cada mes y prestaciones sociales a que tenga derecho según la ley; a cumplir con los aportes a las Empresas promotoras de salud, a la Administradora de Riesgos laborales, a los Fondos de pensiones y la respectiva Caja de Compensación familiar, en                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X |  |



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO****FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES****PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN****Código**

SUB-F1

**Versión**

V01-2024

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| los porcentajes de ley que exige el contrato laboral, para lo cual la empresa contratista debe contar con un capital de trabajo disponible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |  |
| Responder por la relación laboral del personal en misión. Toda responsabilidad derivada de los contratos de trabajo correrá a cargo exclusivo de la empresa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X |  |
| Dar respuesta oportuna a las interconsultas y valoraciones del servicio que sean solicitadas por los médicos del hospital en el servicio de urgencias y hospitalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X |  |
| Realizar las valoraciones medicas por consulta externa conforme a la solicitud en los formatos establecidos por la E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X |  |
| Cumplir con los estándares de calidad que tiene establecida la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X |  |
| Contribuir al reporte de indicadores asistenciales y de gestión solicitados acorde a la necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X |  |
| Acatar las políticas de confidencialidad y reserva de la información, establecidas por la entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X |  |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL TALENTO HUMANO:</b> 1.Prestar servicios profesionales de salud en medicina especializada, en la ESE a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio objeto del contrato, de acuerdo con la infraestructura y capacidad tecnológica de la institución, formular diagnósticos y prescribir tratamientos siguiendo los derechos del paciente brindando la cobertura requerida por la institución.                                                                                                                                                                                                                                            | X |  |
| Atender a los pacientes que ingresan al Hospital, cualquiera que sea el régimen de atención, de acuerdo a su especialidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X |  |
| Proceder al diligenciamiento adecuado y oportuno de la Historia clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución no. 1995 de 1999 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o deroguen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X |  |
| Diligenciar adecuadamente los registros de los sistemas de información, de la misma forma todos los elementos que se requieran para el registro en el sistema de información y que sean de uso estrictamente personal por cada especialista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X |  |
| En el evento que por su actuación se desvíe del cumplimiento del objeto contractual y por cuya razón las respectivas facturas de cobro sean glosadas o imposibles de cobrar total o parcialmente, el profesional contratista asumirá bajo su responsabilidad dichos valores, para lo cual autoriza a la entidad contratante para que estos le sean descontados de las sumas existentes a su favor, Igualmente el CONTRATISTA participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el HOSPITAL. | X |  |

**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL  
COLEGIO****FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES****PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN****Código**

SUB-F1

**Versión**

V01-2024

|                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| Dar respuesta oportuna a glosas generadas por entidades aseguradoras en referencia a los temas médicos de su especialidad                                                                                                                                      | X |  |
| Participar en la prestación del servicio en jornadas extramurales de acuerdo con la programación del hospital                                                                                                                                                  | X |  |
| Dar cumplimiento a las actividades derivadas del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud de la Institución y el Sistema de información para la Calidad; y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del HOSPITAL. | X |  |
| Reportar mensualmente a la coordinación de Médica del HOSPITAL los incidentes, complicaciones , terapéuticas, medicamentosas y transnacionales que se presenten con motivo de la prestación de sus servicios                                                   | X |  |
| Utilizar la herramienta tecnológica MI PRES que permite a los profesionales de salud reporta la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios                                                         | X |  |
| Cumplir con los indicadores pactados.                                                                                                                                                                                                                          | X |  |
| Acatar las políticas de confidencialidad y reserva de la información, establecidas por la entidad.                                                                                                                                                             | X |  |

| PRODUCTOS ESPERADOS                       | PROGRAMADOS | REALIZADOS |
|-------------------------------------------|-------------|------------|
| CONSULTAS POR ESPECIALISTA DE PSIQUIATRIA | 26          | 26         |
| INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA             | 1           | 1          |

| OBSERVACIONES GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| Fecha Suspensión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Fecha Reanudación |  |
| <p>Yo BIBIANA ZABALA en mi calidad de Coordinador del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista PHARMA MEDICAL SERVICES S.A.S., documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.</p> <p>Anexo parafiscales del mes de marzo del 2026.</p> |  |                   |  |
| FIRMA COORDINADOR AREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |
| <p><br/>V°B° COORDINADOR DE AREA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |  |



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL  
COLEGIO**

**Código**

SUB-F1

**Versión**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

**PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN**

V01-2024

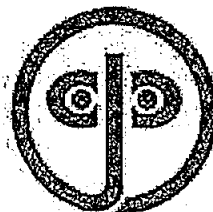
PSIQUIATRIA  
E.S.E HOSPITAL DE MESITAS

| MES     | FECHA DE ATENCION | NOMBRE DEL PACIENTE             | NUMERO DE DOCUMENTO | EPS          | SERVICIO     | # FACTURA | VALOR  | CANTIDAD INTERCONSULTAS | CANTIDAD DE CONSULTAS | PROCEDIMIENTO     |
|---------|-------------------|---------------------------------|---------------------|--------------|--------------|-----------|--------|-------------------------|-----------------------|-------------------|
| FEBRERO | 27/2/2026         | PERDOMO NARANJO GRACIELA        | 51787910            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 849742    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | JIMENEZ ALDANA LUIS ENRIQUE     | 17141987            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 849787    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | TOVAR FLAXILA                   | 20982195            | FIDEICOMISOS | CEXTERNA     | 849832    | 79100  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | NIETO ANDRADE GILMA             | 24700496            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 849866    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | TIRADO DE LOPEZ GUADALUPE       | 35373092            | PARTICULAR   | CEXTERNA     | 849905    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | OSORIO ESPINOSA ANGEL DANIEL    | 1150936207          | SALUD TOTAL  | CEXTERNA     | 849945    | 79100  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | DUQUE PINEDA MARTHA CECILIA     | 52974235            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 849980    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | MARTINEZ COGUA JOSE RICARDO     | 80369082            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 849987    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | DELGADO SABOGAL CARLOS MAGO     | 1070330294          | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 850079    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | GAITAN VILLAMIL AMINTA          | 35373752            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 849998    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | MARTINEZ BENAVIDEZ JOSE ALFREDO | 80386984            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 850046    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | ROJAS MORENO EMELINA            | 1098170193          | PARTICULAR   | CEXTERNA     | 850072    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | DIAZ CASTILLO GUILLERMO         | 224331              | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 850067    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | DIAZ MANCIPE LUZMARINA          | 20501240            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 850069    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| FEBRERO | 27/2/2026         | GOMEZ GONZALEZ JOSE DEL CARMEN  | 11303351            | FAMISANAR    | HOSPITALIZAC | 850115    | 105640 | 1                       |                       | INTERCONSULTA POR |
| MARZO   | 17/3/2026         | TELLEZ PENAGOS DIANA PAOLA      | 1013607658          | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854619    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | TUTA SARMIENTO MIGUEL ANGEL     | 19164321            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854656    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | VILLA VANEGAS FERNANDO          | 4310020             | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854655    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | RODRIGUEZ MARTINEZ SANDRA JOSE  | 35378193            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854801    | 57743  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | MOLINA MARTINEZ MARIA LUISA     | 23443992            | PARTICULAR   | CEXTERNA     | 854780    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | PINZON LOZANO ERNESTO           | 19104730            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854825    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | VELOZA NOVA JENNY ELIZABETH     | 52536324            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854833    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | PULIDO MORENO MARIA CONCEJO     | 20113161            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854860    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | PARRA VALBUENA KAREN XIOMARA    | 1003623251          | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 855912    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | CASTIBLANCO VICTOR MANUEL       | 17036245            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854922    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | DUARTE HORTUA LUIS JAIME        | 17104431            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854908    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |
| MARZO   | 17/3/2026         | CORTES LAITON ANA BEATRIZ       | 39535466            | NUEVA EPS    | CEXTERNA     | 854915    | 71190  |                         | 1                     | CONSULTA DE PRIME |

|                |    |              |
|----------------|----|--------------|
| INTERCONSULTAS | 1  | \$ 40,000    |
| CONSULTAS      | 26 | \$ 1,300,000 |
|                |    | \$ 1,340,000 |

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES



Certificado No:



LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO  
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL  
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:  
QUIEN: INTERESE

Que el contador público **JOHANA ANDREA CHINCHILLA LOPEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1002583039 de VILLETÁ (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 349881-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Dado en BOGOTÁ a los 9 días del mes de Enero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

  
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO  
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTÍCULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web [www.jcc.gov.co](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado

República de Colombia  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**349881-T**

**JOHANA ANDREA CHINCHILLA LOPEZ**  
C.C. 1002583039  
RES. INSCRIPCION 802 DEL 16/12/2025  
**CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS**

**SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO**  
DIRECTOR GENERAL

401523 418367



220341/0522

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE = Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97-46 Of 301 en Bogotá D.C.

*[Firma]*

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO: 1.002.583.039  
CHINCHILLA LOPEZ

APELLIDOS  
JOHANA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO: 16-NOV-1998  
MONQUIRA  
(BOYACA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59  
ESTATURA

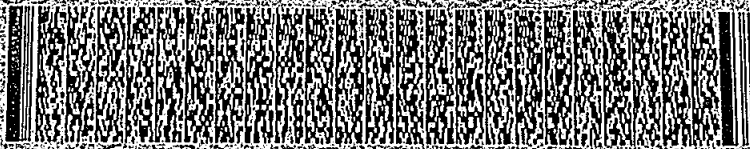
O+  
G.S. RH

F  
SEXO

07-DIC-2016-VILLETA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1532800-01132224 F-1002583039-20200217 10070107169A-3 9911729684

RECIBI DE LA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.002.583.039  
CHINCHILLA LOPEZ

APELLIDOS  
JOHANA ANDREA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1998  
MONQUIRA  
(BOYACA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59  
ESTATURA

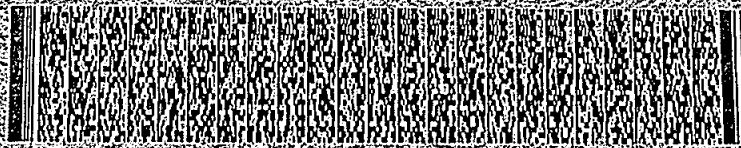
O+  
G/S/RH

F  
SEXO

07-DIC-2016 VILLET  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



R-1532800-01132224-F-1002583039-20200217-0070107169A-99111729684  
REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



**CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE  
APORTES (ART. 50 LEY 789/2002)**

Yo, **JOHANA ANDREA CHINCHILLA LOPEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.002.583.039 de Villeta Cund., en mi calidad de Contadora Pública de **PHARMA MEDICAL SERVICES S.A.S** identificada con Nit **900.452.680-2** y bajo la gravedad de juramento certifico que se ha dado cumplimiento oportuno y completo con los aportes y demás obligaciones legales que nos corresponden respecto del sistema de seguridad social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y cuanto ha sido del caso con los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Los anteriores aportes se han realizado durante los últimos seis (6) meses con fecha de anterioridad a la expedición de la presente certificación y con el fin de dar cumplimiento en lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002.

En constancia, se firma en Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de marzo de 2026.

  
**JOHANA ANDREA CHINCHILLA LOPEZ.**  
**Contadora Pública**  
**T.P. 349881-T**

## **CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTO DE INTERESES**

Yo **ANGIE KATHERIN PALACIOS PINEDA** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.072.711.142 de Chia Cund., en calidad de Representante Legal de PHARMA MEDICAL SERVICES SAS identificada con Nit 900.452.680-2, manifiesto mediante la presente certificación que ni yo ni la empresa que represento nos encontramos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

En el evento de existir hechos o circunstancias, pasados o presentes, o que puedan surgir en un futuro previsible, que conozca o llegue a conocer y que pudieran poner en cuestión la independencia e imparcialidad y generen un conflicto de interés a favor o en contra del interesado en el presente proceso de contratación, me comprometo a informar inmediatamente a la entidad en el menor tiempo posible, en cumplimiento del deber de denuncia que me asiste como colaborador del estado.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de marzo de 2026

Cordialmente,



**ANGIE KATHERIN PALACIOS PINEDA**  
Representante Legal



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 07/04/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **PHARMA MEDICAL SERVICES S A S** con NIT 900.452.680-2 posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número

108900040396

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



DAVIVIENDA



## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

|                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| Nombre Empresa | HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN     |
| Nombre Proceso | PAGO PHARMA MEDICAL SERVICES SAS |
| Fecha Pago     | 10/04/2026                       |
| Hora Pago      | 17:22                            |

### Detalle Proceso de Pago

|                                 |                                   |            |              |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------|--------------|
| Nit Destino                     | 9004526802                        | Referencia | 8600200948   |
| Nombre                          | PHARMA<br>MEDICAL<br>SERVICES SAS |            |              |
| No. Producto o Servicio Destino | XXXXXXXXX0396                     | Banco      | DAVIVIENDA   |
| Valor                           | \$ 1.152.400,00                   | Estado     | Pago Exitoso |

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial