

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO identificado con CC No. 79836791 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 79836791, con vigencia desde 8/1/2019 hasta 12/31/2050. La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
	79836791	FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO	47	86	01/08/2019	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 27 días del mes de noviembre del 2025



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multifiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79836791**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909410, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79836791	FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO	30 - RIESGO 3	3	2.436%	04/03/2026		INDEPENDIENTE AGREMIADO ASOCIADO	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 27 de Marzo del año 2026.

Firma Representante Legal



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

27/11/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **79836791**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570485970005206
Fecha de apertura	26/04/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO

NIT: 79836791-3

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CR 18 C 121 26 504, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3012270685

Autorización facturación electrónica No. 18764099440066 válida desde 2025-09-30 hasta 2026-03-30 rango desde FE93 hasta FE500

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3282828
Email:	Radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE101
Fecha Emisión	27/03/2026 18:45:47
Fecha Vencimiento	31/03/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	31/03/2026
Total de Lineas:	1

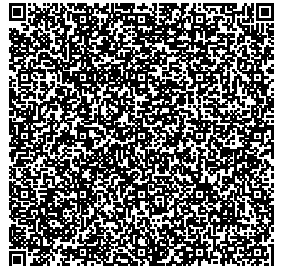
#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total	
						NOM.	% o VAL	MONTO			
1	85120000-6	PSIQUIATRIA HONORARIOS POR SERVICIOS DEPSIQUIATRIA CORRESPONDIENTE AL MESDE MARZO DE 2026	WSD	84,00	\$91.350,00				0,00	\$7.673.400,00	
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:		\$7.673.400,00
									Cargos:		\$0,00
									Descuento:		\$0,00
									Total:		\$7.673.400,00

CUFE:	7ce7e16966bc34b08b69203aab22e87db237a498e47392b1878821e61fb0f787d397540b1c1d7679f9bea4ea1b85516b
Total con letra:	(siete millones seiscientos setenta y tres mil cuatrocientos pesos)

Firma Digital: DTVp7pvpSvZ2byRxQmLD60ifJEpSuFHLwZHBW19bEBGJGxu/RR45zJsba40nzUv2
RN4pOJDC3Mrdj0x1XChaoMB6MJ/HX5VVGfjFeM9Q1wekY1fmv
Cdo6UiQSzXXQ9C Ee5qoSCL/36WdRENPsGogNU36uhk7cKU97ZARJ1qCSX7rA+oR5jvOsQyJA9SihHT BC0dP69/RT+Wv0aFy9d8VVclR9Bb72GpG3g
QDWz6pkt41m25nNWIOOXY6smqRjrc vLJAQIWqXS/ujZNIHlPsmQLpb69o2WYqKzZqXJLtpj/eD6IYNcOIEqitJXqxKdU LozMcrBvi8+coxLwS0uP
YA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO			CC:	79836791
CORREO ELECTRÓNICO:	jafmoe@hotmail.com			TELÉFONO:	3012270685
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 55 152B 71			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	485970005206

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3352 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.673.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO
PS_3352_2026_B0B90F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO

CC: 79836791

CEL: 3012270685

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

FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO

CON C.C N° 79.836.791

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A ESPECIALISTA PSIQUIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3352 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/25
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 54.371.520	No. HORAS EJECUTADAS	84
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 54.371.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.673.400
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y SEIS (06) DIAS
--	----------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO
-------------------------------	----------------------------

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

	<p>1. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, GARANTIZANDO UNA ATENCION OPORTUNA, SEGURA, EMPATICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, RESPETANDO SU DIGNIDAD, AUTONOMIA, CREENCIAS, VALORES Y NECESIDADES BIOPSIICOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 2. BRINDAR ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN CONCORDANCIA CON LOS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES. 3. INFORMAR DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOVRIENDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA. 4. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES APLICABLES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 5. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL MEDIANTE LA COMUNICACION EFECTIVA DE LA INFORMACION CLINICA RELEVANTE AL EQUIPO DE SALUD, ASEGURANDO QUE EL ESTADO DEL PACIENTE, LAS CONDUCTAS INSTAURADAS Y LAS RECOMENDACIONES QUEDEN CLARAMENTE REGISTRADAS DE MANERA COMPLETA, OPORTUNA, LEGIBLE Y VERAZ; ASI COMO, LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS, INCLUYENDO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS SOPORTES EXIGIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PRESERVANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES. 6. CONTRIBUIR EN INVESTIGACIONES CLINICAS, ESTUDIOS DE CASOS Y ANALISIS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCION Y A LA RESOLUCION DE PROBLEMATICAS PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN SERVICIO Y FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA REQUERIDO. 7. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE PRESENTEN DURANTE LA ATENCION, PARTICIPANDO EN LOS ANALISIS Y EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS. ASI COMO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CONFORME A LOS TIEMPOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 9. PRESTAR LOS SERVICIOS CONFORME A LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS CON LA SUPERVISION DEL CONTRATO, INFORMANDO OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE PUEDA AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, FACILITANDO LA ADOPCION DE MEDIDAS QUE GARANTICEN LA PRESTACION DEL SERVICIO. 10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 11. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 12. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA DE CUENTAS, CON EL FIN DE PREVENIR GLOSAS DEFINITIVAS U OBJECIONES. 13. CUMPLIR CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS RELACIONADOS CON PLANES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. 14. ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE A JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y DEMAS ESPACIOS INSTITUCIONALES A LOS QUE SEA CONVOCADO, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 15. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS</p>
--	---

1

SUMINISTRADOS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS. RESPONDER POR LA REPOSICION O REPARACION DE EQUIPOS CUANDO EL DAÑO SEA ATRIBUIBLE A NEGLIGENCIA O USO INADECUADO; EJERCENDO SU CUSTODIA ENTENDIDA COMO LA RESPONSABILIDAD POR SU CUIDADO, CONSERVACION, USO ADECUADO CONTROL Y SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCA BAJO SU ASIGNACION Y USO. REPORTAR AL AREA CORRESPONDIENTE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA DESTINADOS A LA ATENCION ASISTENCIAL. 16. ACREDITAR INSCRIPCION Y HABILITACION VIGENTE EN RETHUS, MIPRES Y RUAF DE ACUERDO A SU OBJETO CONTRACTUAL. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 17. ACREDITAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 18. CUMPLIR CON LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL Y AQUELLAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	2026/03/01	\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/01	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO
PS_3352_2026_BOB90F

FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO
CC: 79836791

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_3352_2026_BOB90F

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO



HUGO GERMAN REYES GUERRERO

PS_3352_2026_B0B90F

HUGO GERMAN REYES GUERRERO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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