

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS		CC:	19372330	
CORREO ELECTRÓNICO:	JAMEZACO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3142113124	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 4 N° 41A - 35		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	9570318346

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3276 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.094.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS  
PS\_3276\_2026\_0FD3FC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS

CC: 19372330

CEL: 3142113124

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

**JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS**

**CON C.C N° 19.372.330**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3276 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/19</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 24.088.116	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>160</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 24.088.116	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.094.400
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS
--	----------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	--------------------------------

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

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 BIOPSIOSOCIALES, 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, REPORTE 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. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LOS SUCEOS 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. 7. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 8. 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. 9. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 11. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA DE CUENTAS, CON EL FIN DE PREVENIR GLOSAS DEFINITIVAS U OBJECIONES. 12. CUMPLIR CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS RELACIONADOS CON PLANES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. 13. 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. 14. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS 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; EJERCIENDO SU CUSTODIA ENTENDIDA COMO LA RESPONSABILIDAD POR SU CUIDADO, CONSERVACION, USO ADECUADO

1

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. 15. 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. 16. ACREDITAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 17. 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6012691671	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/13	\$ 325.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/13	\$ 415.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/13	\$ 63.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 805.200

### 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 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**



JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS

PS\_3276\_2026\_0FD3FC

**JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS**

**CC: 19372330**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS\_3276\_2026\_0FD3FC

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**



*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS*

*PS\_3276\_2026\_OFD3FC*

**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19372330
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 4 41A-35	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>6008216282</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	15		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	159355394

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
							X										

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 323.100
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 323.100</b>
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A		1	\$ 252.500
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 252.500</b>
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 49.300
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 49.300</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 618.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 6.100</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 624.900</b>