

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO		CC:	79472538	
CORREO ELECTRÓNICO:	PAEZMAXILO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3153118041	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22 SUR 4 128		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4372011106

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1456 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 15.788.259
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO
PS_1456_2026_FF302A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO

CC: 79472538

CEL: 3153118041

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

CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO

CON C.C N°

79.472.538

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA CIRUGIA MAXILOFACIAL 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 1456 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 68.692.776	No. HORAS EJECUTADAS	171
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 68.692.776	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 15.788.259
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
------------------------------------------------	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
------------------------------------------------------	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

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

1	REALICE MIS 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.
2	BRINDE 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	INFORME 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	RESPETE 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	GARANTICE 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.
6	UTILICE ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS SUMINISTRADOS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS.
7	ACREDITE 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.
8	CUMPLI CON LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL Y AQUELLAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION.
9	ACREDITE EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

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° 9503719406	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/04/24	\$ 919.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/24	\$ 1.250.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/24	\$ 179.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.348.900

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



CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO
PS_1456_2026_FF302A

CARLOS HERNANDO PAEZ PRIETO
CC: 79472538

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1456_2026_FF302A

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN
PS_1456_2026_FF302A

SAUL ARDILA DURAN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
15f00edd6b28102d436707fe50d027235835df4bac81d6fee66c7bfc80b2ec869f6a4372b8bcca3198632522b56a1e25
Número de Factura: CP-102
Fecha de Emisión: 28/04/2026
Fecha de Vencimiento: 08/05/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO
Nombre Comercial: PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO
Nit del Emisor: 79472538
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8622
País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Chía
Dirección: CL 2 SUR 4 128 CA 8 BRR LA BALSA
Teléfono / Móvil: 3153118041
Correo: paezmaxilo@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DIAGONAL 34 No 5-43
Teléfono / Móvil: 3282828
Correo: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85122004	Servicios de cirujanos orales	NIU	171,00	\$ 92.329,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 15.788.259,00

Notas Finales

PRESTACION DE SERVICIOS COMO CIRUJANO MAXILOFACIAL MES DE ABRIL 2026
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 28/04/2026 15:08:40
Documento validado por la DIAN:
 28/04/2026 15:08:41
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	15788259
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15788259
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	15788259
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 15788259

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	15.788.259,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15.788.259,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	15.788.259,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 15.788.259,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764107641334 Rango desde: 101 Rango hasta: 150 Vigencia: 2028-03-26

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79472538		PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2 Sur # 4 - 128	CHIA-CUNDINAMARCA	3153118041	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	250952144	9503719406	I	2026/04/13	2026/04/24	DAVIBank S.A.	11	\$2,348,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$7,300,000	\$1,241,000			\$7,300,000	\$912,500			\$0	\$0			\$7,300,000	\$177,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$7,300,000	\$1,241,000			\$7,300,000	\$912,500			\$0	\$0			\$7,300,000	\$177,900		\$0	\$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$7,300,000	\$1,241,000			\$7,300,000	\$912,500			\$0	\$0			\$7,300,000	\$177,900		\$0	\$0
1	CC 79472538	PAEZ CARLOS	25-14	30	\$7,300,000	\$1,241,000	EPS010	30	\$7,300,000	\$912,500	0		\$0	\$0	14-11	30	\$7,300,000	\$177,900	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$7,300,000	\$1,241,000			\$7,300,000	\$912,500			\$0	\$0			\$7,300,000	\$177,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79472538		PAEZ PRIETO CARLOS HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2 Sur # 4 - 128	CHIA-CUNDINAMARCA	3153118041	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	250952144	9503719406	I	2026/04/13	2026/04/24	DAVibank S.A.	11	\$2,348,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,241,000	\$9,300	\$0	\$1,250,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,241,000	\$9,300	\$0	\$1,250,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$177,900	\$1,400	\$0	\$179,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$177,900	\$1,400	\$0	\$179,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$912,500	\$6,800	\$0	\$919,300	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$912,500	\$6,800	\$0	\$919,300	
TOTAL				1	\$2,331,400	\$17,500	\$0	\$2,348,900	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1456 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1456 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1456 2026 CRP -8715.pdf	1 PS 1456 2026 CRP -8715.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2. PS 1456 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1456 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



Datos guardados