



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-18, 02:40:54 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79836791
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1080609579
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	235879372
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 2.111.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 1.091.800	\$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSAUD	1	\$ 853.000	\$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 166.300	\$ 0
<b>SubTotales:</b>				\$ 2.111.100	\$ 0
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 2.111.100





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

Porcentaje  Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de Pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

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

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> 1 PS 3352 2026 CRP -12230.pdf	1 PS 3352 2026 CRP -12230.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 3352 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	1 PS 3352 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

**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. 18764108116810 válida desde 2026-04-07 hasta 2026-10-07 rango desde FE102 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	FE104
Fecha Emisión	30/04/2026 17:12:09
Fecha Vencimiento	30/04/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	30/04/2026
Total de Líneas:	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 ABRIL DE 2026	WSD	96,00	\$91.350,00				0,00	\$8.769.600,00
Impuesto Base Tarifa / Valor Nominal Importe						Subtotal:		\$8.769.600,00		
						Cargos:		\$0,00		
						Descuento:		\$0,00		
						Total:		\$8.769.600,00		

CUFE:	77b5ca1c35a7248fbd2380c5688098eda7d0b0e96cfc612d72270be0ff5a6aa2a691ec514a422c6b9eb6e8b8c6d95639
Total con letra:	(ocho millones setecientos sesenta y nueve mil seiscientos pesos )

Firma Digital: nsKXsYLL3nTRLCjbyiWy7yIAuK52bUIX8gU6WQ5KsoG8SvtJ6QsF12fo3Vb56I2  
ic3ZvPzJnwI1bXrC5DTkSRwhpRNEswKqQu3XGzxXYGpZWX+P9P  
jE174CS4nPm3xj nh5o5RO3yCnEn9QP/AXlp0a5XyPbBzAWTm3e340brhp4NjmOF9FoYDeIQK4EOYQY B9bjQShFzAoXHG8AcvFrs0hdltjE8WkSZ  
rmNrfLbmzUu77ncv6E8dJtLurllay UjOId/f15zJEE858SR0Xu/UNXf+ksADe4OWVvictldprt6Jgl12p7eVZuI4NGuI4 AGs4mqgtSe6gJeOVBMz  
qW==

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: (30-04-2026)

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	\$ 8.769.600
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO  
PS\_3352\_2026\_F670B4

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	---

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 54.371.520	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>96</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 54.371.520	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 8.769.600
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (03) MESES Y SEIS (06) DIAS
--	----------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	HUGO GERMAN REYES GUERRERO
-------------------------------	----------------------------

**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	Me comprometo a brindar atención en salud con altos estándares científicos, éticos y humanos, garantizando un trato digno, oportuno y centrado en el paciente y su familia. Informo de manera clara y oportuna sobre su estado de salud, respetando sus derechos, creencias y confidencialidad. Aseguro la continuidad de la atención mediante una adecuada comunicación y registro clínico. Participo en procesos de mejora continua, investigación, docencia y en el reporte de eventos de seguridad del paciente. Apoyo las actividades institucionales, cumpro con la programación del servicio y notifico cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis funciones. Asimismo, contribuyo en la elaboración de protocolos, respuesta a quejas y procesos de auditoría. Utilizo adecuadamente los recursos asignados, cumpro con los requisitos legales y administrativos, participo en capacitaciones y atiendo todas las responsabilidades propias del contrato y las asignadas por la supervisión.
---	---

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1080609579	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/04/18	\$ 853.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/18	\$ 1.091.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/18	\$ 166.300
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.111.100</b>

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 ibr 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\_F670B4*

**FRANCISCO JAVIER BOHORQUEZ RIVERO**

**CC: 79836791**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_3352\_2026\_F670B4*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*HUGO GERMAN REYES GUERRERO*

*PS\_3352\_2026\_F670B4*

**HUGO GERMAN REYES GUERRERO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**