

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA		CC:	10143559	
CORREO ELECTRÓNICO:	TATAGONGORA@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3133873440	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80 N° 146 - 07 LOTE 7 APTO 402		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570064402

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1322 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 20.738.844
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA  
PS\_1322\_2026\_E4D5BF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

CC: 10143559

CEL: 3133873440

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

**JAIME ANDRÉS FRANCO NOREÑA**

**CON C.C N°**

**10.143.559**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA INTENSIVISTA 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 1322 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 75.635.784	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>204</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 90.274.968	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 20.738.844
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
------------------------------------------------	-----------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
-------------------------------	--------------------------

<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 diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral.
2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático 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 condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida.
4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención.
5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica 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; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales.
6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido.
7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud.
9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio.
10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales.
11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados.
12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría 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 supervisión del contrato.
14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual.
15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1

16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución 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 demás actividades propias del objeto contractual y aquellas 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 82560185	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	2026/05/12	\$ 854.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	\$ 1.093.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 166.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.113.600

### 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**



JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA  
PS\_1322\_2026\_E4D5BF

**JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA**  
**CC: 10143559**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS  
PS\_1322\_2026\_E4D5BF

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**  
**SUPERVISOR ALTERNO**



*DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA*

*PS\_1322\_2026\_E4D5BF*

**DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	10143559	JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA		CRA 80 # 146- 07 INT 7 APTO 402	6470472	tatagongora770519@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82560165	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.113.600	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	854.000	0		0		0	0	0	0	854.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.093.100	0	0	0	0	0	0		1.093.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	166.500				166.500	0	0	166.500			1.665	166.500	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	854.000	854.000
Pensión	1	1.093.100	1.093.100
Riesgos Laborales	1	166.500	166.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.113.600</b>	<b>2.113.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	10143559	JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA		CRA 80 # 146- 07 INT 7 APTO 402	6470472	tatagongora770519@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82560165	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.113.600	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	IPP	ISP	ISN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC 10143559	FRANCO NOREÑA JAIME ANDRES		59	0			N																230201	6.831.619	30	1.093.100	0	0	0	0	EPS008	6.831.619	30	854.000	14-7	6.831.619	30	3	166.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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



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

#### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1322 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1322 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2. PS 1322 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1322 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 1322 2026 CRP -10167.pdf	1 PS 1322 2026 CRP -10167.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3. PS 1322 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1322 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VIGITA 2019. [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#) **Datos guardados**

Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

NIT 10143559 - 5  
Autorización de numeración de facturación electrónica  
No. 18764107138548 del 12/03/2026 al 12/09/2026  
Habilita numeración de:  
FE-72 al FE-300  
Régimen: No responsable de IVA  
Responsabilidad fiscal:  
R-99-PN No Aplica - Otros

CRA 80 146 07 AP 402 LOTE 7

Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION		<b>Factura Electronica de Venta No. FE74</b> <b>Fecha de emisión:</b> 20/05/2026 09:46:51 AM <b>Fecha de validación DIAN:</b> 20/05/2026 09:57:39 AM <b>Fecha de vencimiento:</b> 19/06/2026 <b>Plazo (Días):</b> 30 <b>Codigo de Moneda:</b> COP <b>Tasa de Cambio</b> <b>Orden de Compra</b>  <b>Remisión</b> <b>Pedido</b> <b>Asesor</b> <b>Aviso de Recibo</b>	
<b>Cliente:</b>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT 900959051 - 7		
<b>Dirección:</b>	Diagonal 34 5 43		
<b>Codigo Cliente</b>	001		
<b>Teléfono:</b>	3444484		
<b>Dirección Despacho:</b>			
<b>Contacto:</b>			
<b>Ciudad:</b>	Bogotá, D.C		
<b>Departamento:</b>	Bogotá		
<b>País:</b>	Colombia		

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	001	Prestación de servicios como médico especialista Mayo 2026 horas 204 a por \$101.661 cada una.	1,00	unidad	COP 20,738,844.00	COP 0.00			COP 20,738,844.00

<b>Total de items:</b> 1
<b>Observaciones</b>
<b>Forma de pago:</b> Crédito
<b>Medio de pago:</b> Instrumento no definido
NO PRACTICAR RETENCIONES SOMOS REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

<b>Subtotal:</b>	COP 20,738,844.00
------------------	-------------------

<b>Impuestos:</b>	COP 0.00
<b>Retenciones:</b>	COP 0.00
<b>Cargos de la factura:</b>	COP 0.00
<b>Descuentos de la factura:</b>	COP 0.00
<b>Anticipos:</b>	COP 0.00
<b>Total</b>	COP 20,738,844.00
<b>Neto a pagar</b>	COP 20,738,844.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFÉ mediante lectura de este código bidimensional:

CUFÉ 13af2751455803a62ec010f8e09c3ff2081f46ace29b6754c4fef071a04a01e84a66d85d621528c1f1e2f8aa6081fbb9

