

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ		CC:	1019072178	
CORREO ELECTRÓNICO:	CARAGOMEZGU@UNAL.EDU.CO		TELÉFONO:	3176704514	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91 137 70		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24078083770

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1461 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 16.322.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ
PS_1461_2026_65D3A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ

CC: 1019072178

CEL: 3176704514

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

CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ

CON C.C N°

1.019.072.178

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA CIRUJANO GENERAL 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 1461 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 67.465.920	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 99.203.920	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 16.322.400
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

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	Como profesional de la especialidad de cirugía general, realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo de mi especialidad. , realizó registros asistenciales, conceptos médicos y participó en seguimiento clínico. Además del uso adecuado de equipos, la confidencialidad de la información, la notificación de eventos de seguridad, docencia.
2	Atendiendo patologías quirúrgicas en adulto con alto nivel científico, ético y humano.
3	Brindar atención integral, oportuna y pertinente, respetando los derechos del paciente y cumpliendo normativas vigentes, garantizando una atención personalizada y segura, aplicando protocolos y guías clínicas establecidas.
4	Asistir a capacitaciones, supervisión y cumplimiento de requisitos legales, contractuales y administrativos durante la prestación del servicio.
5	Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de cirugía general: estudiar, diagnosticar y tratar patologias que requieren intervencion quirurgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, con un alto nivel científico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente.
6	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
7	Emitir conceptos medicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
8	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
9	Cantidad de horas realizadas en el proceso: 180 horas en el mes de mayo

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° 9504834345	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/19	\$ 761.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/19	\$ 975.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/19	\$ 148.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.885.300

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 ANDRES GOMEZ GUTIERREZ

PS_1461_2026_65D3A5

CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ

CC: 1019072178

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1461_2026_65D3A5

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_1461_2026_65D3A5

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019072178		GOMEZ GUTIERREZ CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 a #1c-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3176704514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	319313308	9504834345	I	2026/05/21	2026/05/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$1,885,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																								\$6,093,696	\$975,000			\$6,093,696	\$761,800			\$0	\$0			\$6,093,696		\$148,500		\$0	\$0	\$1,885,300	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																								\$6,093,696	\$975,000			\$6,093,696	\$761,800			\$0	\$0			\$6,093,696		\$148,500		\$0	\$0	\$1,885,300	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
																								\$6,093,696	\$975,000			\$6,093,696	\$761,800			\$0	\$0			\$6,093,696		\$148,500		\$0	\$0	\$1,885,300	
1	CC	1019072178	GOMEZ CARLOS																			25-14	30	\$6,093,696	\$975,000	EPS005	30	\$6,093,696	\$761,800		0	\$0	\$0	14-23	30	\$6,093,696	2.436%	\$148,500	0	\$0	\$0	No	\$1,885,300
Total Afiliados(1)																																											
																								\$6,093,696	\$975,000			\$6,093,696	\$761,800			\$0	\$0			\$6,093,696		\$148,500		\$0	\$0	\$1,885,300	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$975,000	\$0	\$0	\$975,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$975,000	\$0	\$0	\$975,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$148,500	\$0	\$0	\$148,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$148,500	\$0	\$0	\$148,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$761,800	\$0	\$0	\$761,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$761,800	\$0	\$0	\$761,800
TOTAL				1	\$1,885,300	\$0	\$0	\$1,885,300



Buscar...

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

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"/>	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1461 2026 CRP -8720.pdf	1 PS 1461 2026 CRP -8720.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

361386910370a6063fa9a7394525a66bb3ca63b34e16e6edb1196908e7501008130cc87e2ca6a401f8b954b00790a9f5

Número de Factura: 0003- 126

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 19/05/2026

Medio de Pago: Transferencia Débito

Fecha de Vencimiento: 19/05/2026

Orden de pedido: 26

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido: 19/05/2026

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GOMEZ GUTIERREZ CARLOS ANDRES

Nombre Comercial: GOMEZ GUTIERREZ CARLOS ANDRES

Nit del Emisor: 1019072178

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: O-47

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: AV CL 32 13 52 TO ALTAVISTA 1 AP 501

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3176704514

Correo: caragomezgut@unal.edu.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-13

Dirección: DG 34 3 14, BOGOTÁ, COLOMBIA

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	8621	SERVICIO DE MEDICINA E ESPECIALIZADA EN CIRUGIA GENERAL	HUR	180,00	\$ 90.680,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 16.322.400,00

Notas Finales

Honorarios mes de mayo

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 19/05/2026 21:38:44
Documento validado por la DIAN:
 19/05/2026 21:38:45
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	16322400
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16322400
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16322400
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP \$	\$ 16322400

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	16.322.400,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.322.400,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.322.400,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP \$	\$ 16.322.400,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764075370253 Rango desde: 100 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-07-18