

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN PABLO RINCON RODRIGUEZ	CC:	1023886172		
CORREO ELECTRÓNICO:	juanpa_thc19@hotmail.com	TELÉFONO:	3124575337		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 31B SUR 25B 34	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	23365359610

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2806 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 9.141.600
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		



JUAN PABLO RINCON RODRIGUEZ  
PS\_2806\_2026\_AB2726

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN PABLO RINCON RODRIGUEZ

CC: 1023886172

CEL: 3124575337

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

**JUAN PABLO RINCON RODRIGUEZ**

CON C.C N°

**1.023.886.172**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2806 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 28.338.960	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>240</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 42.051.360	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 9.141.600
---	---------------	--	--------------

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

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
-------------------------------	--------------------------------

**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	.Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas
2	.Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.
3	.Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triare, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.
4	.Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
5	.Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.
6	.Colaboré activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.
7	.Participo en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.
8	.Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.
9	.Coordiné integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
10	.Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional.

**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° 9505326629	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/05/20	\$ 422.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/20	\$ 541.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/20	\$ 82.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.046.400

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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>JUAN PABLO RINCON RODRIGUEZ</i> PS_2806_2026_AB2726</p> <hr/> <p><b>JUAN PABLO RINCON RODRIGUEZ</b> <b>CC: 1023886172</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> PS_2806_2026_AB2726</p> <hr/> <p><b>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023886172		RINCON RODRIGUEZ JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 31BSUR 21B-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2395874	Si

**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	337004697	9505326629	I	2026/05/20	2026/05/26	BANCOLOMBIA	6	\$1,051,100

**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	
1	CC 1023886172	RINCON RODRIGUEZ JUAN PABLO	231001	30	\$3,382,392	\$541,200	EPS001	30	\$3,382,392	\$422,800	0	0	\$0	\$0	14-7	30	\$3,382,392	\$82,400	0	\$0	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				<b>\$3,382,392</b>	<b>\$541,200</b>			<b>\$3,382,392</b>	<b>\$422,800</b>			<b>\$0</b>	<b>\$0</b>			<b>\$3,382,392</b>	<b>\$82,400</b>		<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$541,200	\$2,400	\$0	\$543,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$541,200	\$2,400	\$0	\$543,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$82,400	\$400	\$0	\$82,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$82,400	\$400	\$0	\$82,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$422,800	\$1,900	\$0	\$424,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$422,800	\$1,900	\$0	\$424,700
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,046,400</b>	<b>\$4,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,051,100</b>



- 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**

**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
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> PS 2806 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2806 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 2806 2026 CRP -9606.pdf	1 PS 2806 2026 CRP -9606.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2806 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2806 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2806 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2806 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>