

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES		CC:	52790903	
CORREO ELECTRÓNICO:	ACGONZ@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3163094302	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 48 50 AP 501		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870366616

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1473 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.902.660
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES
PS_1473_2026_4872DA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CC: 52790903

CEL: 3163094302

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

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CON C.C N°

52.790.903

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 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 1473 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 86.847.120	No. HORAS EJECUTADAS	42
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 86.847.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.902.660
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) 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	Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.
---	--

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° 78301434	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/28	\$ 1.029.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/28	\$ 1.399.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/28	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.429.200

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



ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

PS_1473_2026_4872DA

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CC: 52790903

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1473_2026_4872DA

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_1473_2026_4872DA

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES	NIT:	52790903
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	abril 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	abril 2026
Número de Radicación:	78301434	Total a pagar:	\$2,629,800
Fecha de vencimiento:	05/05/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	28/04/2026	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	260515772
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$200,600
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$1,399,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$1,029,300
						\$2,629,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

[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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

 Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

 ¿Se requieren emisiones de
 códigos de autorización? Si 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 1473 2026 CRP -9835.pdf	1 PS 1473 2026 CRP -9835.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 1473 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2 PS 1473 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1473 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1 PS 1473 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1473 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3 PS 1473 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Espacio para
Logo Corporativo

Andrea Catherine González Torres
NIT 52.790.903-3
Carrera 13 # 48 - 50 apartamento 501
Tel: (316) 3094302
Bogotá - Colombia
acgonz@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. ACGT 148

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	Diagonal 34 # 3-14	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	28/05/2026, 20:59
Expedición	28/05/2026, 20:59
Vencimiento	28/05/2026

Ítem	Descripción	Vr. Unitario	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios por servicios profesionales prestados como medico anestesiolego en la UMHES Santa clara.	116,730.00	42.00	4,902,660.00

Total items: 1

Total Bruto	4,902,660.00
Total a Pagar	4,902,660.00

Valor en Letras:

Cuatro millones novecientos dos mil seiscientos sesenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 4,902,660.00

Observaciones:

Honorarios por servicios profesionales prestados como medica Anestesióloga del 01 de Mayo al 31 de Mayo de 2026.

Consigñar Cuenta de ahorros - Davivienda: 004870366616

"NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE NI RETENCIÓN DE ICA, PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN, LEY 2277 DE 2022, D.U.R. 1468 DE AGOSTO DE 2019. Art. 911 E.T."

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094326448 aprobado en 20250612 prefijo ACGT desde el número 125 al 500 Vigencia: 24 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 05c27c2f5c73bb6f8ebabb1c1b0e1eb2dbb4ad66c236467997ebff81c62301bd07a42c384f6f56529ae0a0590335d3aa