

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO	CC:	79574684		
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIO.TRUJILLO13@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3164677206		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22D 86 61	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	480900097266

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1492 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.202.280
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		



CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO
PS_1492_2026_BC1516

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO
CC: 79574684
CEL: 3164677206

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

CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO

CON C.C N°

79.574.684

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 1492 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 86.847.120	No. HORAS EJECUTADAS	36
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 86.847.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.202.280
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN

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)

- | ITEM | 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar actividades asistenciales, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad, garantizando atención segura, humanizada, oportuna y centrada en el paciente, conforme a criterios científicos, éticos y normativos vigentes. 2. Brindar atención integral en salud con calidad, oportunidad y pertinencia, promoviendo un trato digno, respetuoso y empático hacia el paciente y su núcleo familiar. 3. Informar oportunamente al paciente y su familia sobre el estado clínico, evolución, manejo terapéutico, riesgos y recomendaciones médicas, favoreciendo la toma de decisiones informadas. 4. Cumplir las disposiciones éticas, legales y normativas aplicables al ejercicio profesional y a la prestación de servicios de salud. 5. Registrar de manera completa, clara, veraz y oportuna la información clínica derivada de la atención prestada, garantizando la continuidad asistencial y la confidencialidad de la información. 6. Participar en actividades de investigación, análisis de casos, educación continua y apoyo a procesos de formación del talento humano en salud cuando sea requerido. 7. Reportar oportunamente eventos adversos, incidentes y eventos de notificación obligatoria, participando en acciones de mejora relacionadas con la seguridad del paciente. 8. Apoyar las actividades institucionales relacionadas con habilitación, acreditación y fortalecimiento de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad. 9. Cumplir con la programación de actividades asistenciales concertadas, informando oportunamente novedades que puedan afectar la prestación del servicio o el cumplimiento contractual. 10. Participar en la elaboración, actualización e implementación de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales relacionados con la prestación del servicio. 11. Apoyar la elaboración de respuestas relacionadas con peticiones, quejas, requerimientos y demás solicitudes derivadas del proceso de atención en salud. 12. Contribuir en los procesos de auditoría de cuentas médicas mediante el suministro oportuno de soportes e información clínica requerida para la prevención de glosas. 13. Dar cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos realizados por la supervisión contractual. 14. Asistir y participar activamente en capacitaciones, reuniones, comités y demás espacios institucionales relacionados con el desarrollo del objeto contractual. 15. Utilizar adecuadamente los equipos, recursos e instalaciones suministradas para la prestación del servicio, garantizando su conservación, custodia y uso responsable. 16. Mantener vigente la inscripción y habilitación en los registros requeridos para el ejercicio profesional y portar el carné institucional durante la ejecución contractual. 17. Acreditar oportunamente el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social y parafiscales conforme a la normatividad vigente. 18. Ejecutar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que sean asignadas por la supervisión y que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales. |

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° 82374786	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/05/11	\$ 1.080.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/11	\$ 1.468.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	\$ 210.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.759.300


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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <u>CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO</u> PS_1492_2026_BC1516 CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO CC: 79574684
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <u>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</u> PS_1492_2026_BC1516 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <u>SAUL ARDILA DURAN</u> PS_1492_2026_BC1516 SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79574684	CARLOS MARIO TRUJILLO ESPEJO		Calle 55 No. 30-27	4722797	mario.trujillo13@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82374786	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.759.300	

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					
EPS001	ALIANSA EPS S.A.	830113831-0	1.080.000	0		0		0	0	0	0	1.080.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.382.400	0	0	43.200	43.200	0	0		1.468.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	210.500				210.500	0	0	210.500			2.105	210.500	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.080.000	1.080.000
Pensión	1	1.468.800	1.468.800
Riesgos Laborales	1	210.500	210.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.759.300	2.759.300

Agrega aquí tu
logo corporativo

**CARLOS MARIO TRUJILLO
ESPEJO**
NIT 79.574.684-1
CLL 22 D NO 86-61 CASA 42
Tel: (57) 3164677206
Bogotá - Colombia
mario.trujillo13@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. CMTE 452

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	diagonal 34 # 5-43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	26/05/2026, 13:20
Expedición	26/05/2026, 13:20
Vencimiento	26/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE ESE DURANTE EL MES DE MAYO 2026	36.00	4,202,280.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Cuatro millones doscientos dos mil doscientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 4,202,280.00

Observaciones:

Total Bruto	4,202,280.00
Total a Pagar	4,202,280.00

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 18764108962471 aprobado en 20260426 prefijo CMTE desde el número 449 al 500 Vigencia: 6 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 85423722aaab61015d7d330318ff970c4114f27163182e9ff48de940e05217b95ceebb8e56781768890eae6f0cdca321