

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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		\$ 4.352.640	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ PS_1461_2026_63AD1E 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	48
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 109.360.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.352.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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	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 cirugia 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 cientifico, 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: 48 horas en el mes de julio

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9508408383	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/07/24	\$ 598.500	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/24	\$ 766.100	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/24	\$ 116.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.481.300	

- 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_63AD1E CARLOS ANDRES GOMEZ GUTIERREZ CC: 1019072178
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1461_2026_63AD1E 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_63AD1E SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

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																		
2026-06		2026-06		506990889			9508408383		I		2026/07/21		2026/07/24			BANCO CAJA SOCIAL					3		\$1,484,700																		
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFI							
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	A
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																									
1	CC	1019072178	GOMEZ CARLOS										X									25-14	30	\$4,787,904	\$766,100	EPS005	30	\$4,787,904	\$598,500	0	\$0		\$0	14-23	30	\$4,787,904	2.436%	\$116,700	0	\$0	
Total Afiliados(1)																																									

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$766,100	\$1,700	\$0	\$767,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$766,100	\$1,700	\$0	\$767,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$116,700	\$300	\$0	\$117,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$116,700	\$300	\$0	\$117,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$598,500	\$1,400	\$0	\$599,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$598,500	\$1,400	\$0	\$599,900
TOTAL				1	\$1,481,300	\$3,400	\$0	\$1,484,700



Aumentar el contraste

UTC -5 15:48:24

Carlos Andrés Góm...

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

<

Evalua

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		
☐	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1461 2026 CRP -8720.pdf	1 PS 1461 2026 CRP -8720.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1461 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
2c6c2270ae8a97753d3fcc17bd366082f5c7ec8110c58b45e3ab6ce1fdf55a3a7602b9a7ed1253c3b703c74219f3fd60

Número de Factura: 004- 30

Fecha de Emisión: 27/07/2026

Fecha de Vencimiento: 27/07/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito

Orden de pedido: 28

Fecha de orden de pedido: 27/07/2026

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GOMEZ GUTIERREZ CARLOS ANDRES

Nombre Comercial: GOMEZ GUTIERREZ CARLOS ANDRES

Nit del Emisor: 1019072178

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: AV CL 32 13 52 TO ALTAVISTA 2 AP 1104

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

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-13

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DG 34 3 14, BOGOTÁ, COLOMBIA

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	48,00	\$ 90.680,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 4.352.640,00

Notas Finales

Honorarios mes de julio

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
27/07/2026 22:06:21
Documento validado por la
DIAN:
28/07/2026 03:06:21
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4352640
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4352640
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4352640
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 4352640

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.352.640,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.352.640,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.352.640,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 4.352.640,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764090426286 Rango desde: 30 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2027-03-13