

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO			CC:	1118555639
CORREO ELECTRÓNICO:	JONATHANCUTTA.93@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3213783497
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 48 165 46			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488439770899
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1581 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 20.053.940	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30				
<div><div>JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO PS_1581_2026_F4901F</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO CC: 1118555639 CEL: 3213783497</div>					

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

JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO

CON C.C N°

1.118.555.639

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA 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 1581 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 69.720.240	No. HORAS EJECUTADAS	214
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 177.955.290	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 20.053.940
--	----------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

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	1. Realicé las valoraciones médicas especializadas de los pacientes asignados, de acuerdo con sus condiciones clínicas y necesidades de atención. 2. Realicé seguimiento a la evolución clínica de los pacientes y establecí las conductas médicas correspondientes. 3. Actualicé los planes diagnósticos y terapéuticos de acuerdo con la evolución y condición clínica de los pacientes. 4. Realicé los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad requeridos durante el periodo. 5. Analicé los resultados de ayudas diagnósticas y estudios complementarios para orientar la toma de decisiones clínicas. 6. Atendí las interconsultas y solicitudes de valoración correspondientes a la especialidad. 7. Brindé atención médica integral, oportuna, pertinente y segura a los pacientes atendidos. 8. Proporcioné atención humanizada y respetuosa, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y su familia. 9. Brindé información al paciente y/o familia sobre la condición clínica, evolución, tratamiento, riesgos, beneficios y pronóstico. 10. Orienté al paciente y su familia sobre las recomendaciones y conductas necesarias para la continuidad de la atención. 11. Mantuve comunicación efectiva con el equipo de salud para garantizar la continuidad y seguridad del proceso asistencial. 12. Registré oportunamente en la historia clínica las valoraciones, conductas, procedimientos, intervenciones y recomendaciones realizadas. 13. Diligencí los consentimientos informados y demás registros requeridos para las actividades asistenciales realizadas. 14. Apliqué las guías, protocolos, procedimientos y lineamientos institucionales relacionados con la atención. 15. Identifiqué y reporté oportunamente los eventos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente. 16. Participé en el análisis y seguimiento de situaciones relacionadas con seguridad del paciente y acciones de mejoramiento. 17. Participé en actividades de auditoría, habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la institución. 18. Participé en actividades de docencia-servicio, formación y actualización del talento humano cuando fue requerido. 19. Contribuí en la revisión, actualización, implementación y adopción de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales. 20. Atendí los requerimientos relacionados con quejas, peticiones, solicitudes y demás situaciones relacionadas con el proceso asistencial. 21. Atendí los requerimientos relacionados con auditoría de cuentas y aporté la información clínica solicitada. 22. Di cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejoramiento y requerimientos formulados por la supervisión. 23. Asistí y participé en reuniones, comités, capacitaciones, inducciones y demás espacios institucionales programados. 24. Cumplí con la programación de actividades asistenciales establecida de acuerdo con las necesidades del servicio. 25. Informé oportunamente las novedades que pudieran afectar el cumplimiento de las actividades y la prestación del servicio. 26. Utilicé adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos institucionales destinados a la prestación del servicio. 27. Reporté oportunamente las novedades, daños o fallas identificadas en los equipos y elementos utilizados. 28. Mantuve vigentes los requisitos administrativos y registros requeridos para el desarrollo de las actividades contractuales. 29. Cumplí las demás actividades relacionadas con el objeto contractual requeridas por la supervisión.
---	--

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 38457537	OPERADOR:	ASOPAGOS	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2026/08/26	\$ 993.400	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/26	\$ 1.351.100	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/26	\$ 193.600	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 2.538.100	

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	<div><div>JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO PS_1581_2026_F4901F</div></div> <div>JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO CC: 1118555639</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA PS_1581_2026_F4901F</div></div> <div>XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>



RAZÓN SOCIAL :	JONATHAN ALEXANDER CUTTA MORENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1118555639
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-09
FECHA DE PAGO:	2026-08-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	38457537
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38457537
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 7.946.608	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 993.400	\$ 993.400
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 7.946.608	\$ 39.800	\$ 39.800	\$ 0	\$ 1.351.100	\$ 1.351.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 7.946.608	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 193.600	\$ 193.600
Total a pagar					\$ 39.800	\$ 39.800	\$ 0	\$ 2.538.100	\$ 2.538.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/10/2026
----------------------------------	------------

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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1581 2026 CRP -8819.pdf	1 PS 1581 2026 CRP -8819.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1581 2026 CRP -15820.PDF	2 PS 1581 2026 CRP -15820.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	7. PS 1581 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a398d35325bd3d3f09b7a4d4066e9c24384a5e5cb4eaf05c3e257c75c5d219d927b77b9abc62516ade1da0457f94fa2f

Número de Factura: JAC-36

Fecha de Emisión: 17/09/2026

Fecha de Vencimiento: 17/09/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CUTTA MORENO JONATHAN ALEXANDER

Nombre Comercial: CUTTA MORENO JONATHAN ALEXANDER

Nit del Emisor: 1118555639

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 48 165 46

Teléfono / Móvil: 3213783497

Correo: jonathan-cumo@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: Calle 000

Teléfono / Móvil: 0000000

Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	Honorarios medicos	NIU	214,00	\$ 93.710,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 20.053.940,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
17/09/2026 08:41:07
Documento validado por la
DIAN:
17/09/2026 08:41:08
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	20053940
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20053940
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	20053940
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 20053940

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	20.053.940,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20.053.940,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	20.053.940,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 20.053.940,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764112814971 Rango desde: 34 Rango hasta: 500 Vigencia: 2028-07-21