

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHANA CONSTANZA GONZALEZ ZARATE			CC:	53075750
CORREO ELECTRÓNICO:	JOHACGONZALEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3118103406
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 56A 2 90			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	65261955452
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1344 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 9.265.440	
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>JOHANA CONSTANZA GONZALEZ ZARATE PS_1344_2026_3AD0F6</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHANA CONSTANZA GONZALEZ ZARATE CC: 53075750 CEL: 3118103406</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JOHANA CONSTANZA GONZALEZ ZARATE

CON C.C N°53.075.750

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA 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 1344 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$71.807.160	No. HORAS EJECUTADAS	96
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$85.705.320	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$9.265.440
--	--------------	---	-------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

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° 9511145684	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/09/15	\$ 1.100.000	
PENSIÓN:	SKANDIA	2026/09/15	\$ 1.496.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/15	\$ 214.400	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 2.810.400	

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 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>JOHANA CONSTANZA GONZALEZ ZARATE</div><div>PS_1344_2026_3AD0F6</div><div>JOHANA CONSTANZA GONZALEZ ZARATE</div><div>CC: 53075750</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA</div><div>PS_1344_2026_3AD0F6</div><div>DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																								
Identificación			dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion		Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																
CC 53075750				GONZALEZ ZARATE JOHANA CONSTANZA					INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			CRA 56A 2 90 CUARTO PISO		BOGOTA-BOGOTA D.E.			3118103406		No																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																								
Periodo			Clave					Tipo		Fecha					Pago																									
Pensión		Salud	Pago		Planilla			Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor																					
2026-08		2026-08	656359067		9511145684			I		2026/09/11		2026/09/15		BANCOLOMBIA			4		\$2,819,000																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																								
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFI											
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	ivp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	CCF	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																								
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																								
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																								
1	CC	53075750	GONZALEZ JOHANA									X									23090	30	\$8,800,000	\$1,496,000	EPS005	30	\$8,800,000	\$1,100,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$8,800,000	2.436%	\$214,400	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	\$1,496,000	\$4,600	\$0	\$1,500,600
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	\$1,496,000	\$4,600	\$0	\$1,500,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$214,400	\$700	\$0	\$215,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$214,400	\$700	\$0	\$215,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,100,000	\$3,300	\$0	\$1,103,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,100,000	\$3,300	\$0	\$1,103,300
TOTAL				1	\$2,810,400	\$8,600	\$0	\$2,819,000



[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

Y

2 Condiciones

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
-------------------	--------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1344 2026 CRP -8617.pdf	1 PS 1344 2026 CRP -8617.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	7. PS 1344 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

➤

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
39370a8761da7911d800173fad413b3ecc11cccce64ecc9a9c9b3c80aaf8ce0918cf783c79cb5296abefa07e59cdd471

Número de Factura: JG-50

Fecha de Emisión: 11/09/2026

Fecha de Vencimiento: 11/10/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GONZALEZ ZARATE JOHANA CONSTANZA

Nombre Comercial: GONZALEZ ZARATE JOHANA CONSTANZA

Nit del Emisor: 53075750

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: CR 56 A 2 90 P 4 BRR GALAN

Teléfono / Móvil: 6015338296

Correo: johacgonzalez@gmail.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: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DIAG 34 NO. 5-43

Teléfono / Móvil: 3444484

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	10	CONTRATO PS 1344 2026 PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	HUR	96,00	\$ 96.515,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 9.265.440,00

Notas Finales

Línea de negocio: CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE DE 2026

Datos Totales



Documento generado el:
11/09/2026 10:58:08
Documento validado por la
DIAN:
11/09/2026 10:58:09
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		0
Subtotal		9265440
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		9265440
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		9265440
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	COP \$	\$ 9265440

Valores informativos

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

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		9.265.440,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		9.265.440,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		9.265.440,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	COP \$	\$ 9.265.440,00

Valores informativos

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

Numero de Autorización: 18764094238263 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2027-06-10