

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA			CC:	12282877
CORREO ELECTRÓNICO:	ANEDIGU@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3045471722
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 44D 45 86 TO 4 AP 901 ENTREPARQUES RAFAEL NUÑEZ			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000210558748
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1466 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 31.517.100	
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><div>DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA</div><div>PS_1466_2026_07A894</div></div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA</div> <div>CC: 12282877</div> <div>CEL: 3045471722</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA

CON C.C N° 12.282.877

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 1466 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 86.847.120	No. HORAS EJECUTADAS	270
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 273.848.580	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 31.517.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
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	1 Se realizaron las intervenciones clínicas indicadas de acuerdo con la valoración y evolución de cada paciente, manteniendo un enfoque integral y humanizado. 2 Se mantuvo un trato digno, cordial y respetuoso durante la prestación de los servicios, tanto con los pacientes como con sus acompañantes. 3 Se garantizó la comunicación de información clínica relevante, empleando un lenguaje comprensible y acorde con las necesidades de cada paciente. 4 Se actuó conforme a los principios de ética médica y a la normativa aplicable a la prestación de los servicios de salud. 5 Se realizó una adecuada comunicación de la información clínica al equipo de salud, contribuyendo a la continuidad y seguridad de la atención. 6 Se participó en espacios de formación y actualización relacionados con el ejercicio profesional y las necesidades del servicio. 7 Se contribuyó a la prevención de nuevos eventos mediante la notificación y participación en las acciones de mejora definidas. 8 Se brindó apoyo en las actividades de seguimiento y mejora relacionadas con los estándares de calidad del servicio 9 Se desarrollaron oportunamente las actividades programadas, procurando garantizar la continuidad de los servicios. 10 Se participó en la implementación de los procedimientos y lineamientos institucionales requeridos para el desarrollo del servicio. 11 Se brindó soporte técnico para la elaboración de respuestas relacionadas con situaciones derivadas de la atención. 12 Se contribuyó a la adecuada trazabilidad de los servicios prestados mediante el registro y disponibilidad de los soportes requeridos. 13 Se atendieron las observaciones y requerimientos realizados por la supervisión, gestionando las acciones correspondientes. 14 Se participó en los espacios de actualización y capacitación requeridos para el adecuado desarrollo de las actividades contratadas. 15 Se mantuvo bajo adecuada custodia el equipo institucional utilizado para el cumplimiento de las actividades. 16 Se contó con los registros correspondientes para el desarrollo de las actividades asistenciales, conforme al objeto contractual. 17 Se acreditó el cumplimiento de las obligaciones contractuales relacionadas con los aportes al sistema de seguridad social. 18 Se dio respuesta a los requerimientos formulados por la supervisión, desarrollando las acciones correspondientes.

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° 9510963425	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/09/09	\$ 1.505.900	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	\$ 2.048.100	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 3.554.000	

- 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>DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA PS_1466_2026_07A894</div></div> <div>DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA CC: 12282877</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>SAUL ARDILA DURAN PS_1466_2026_07A894</div></div> <div>SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																															
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																				
CC 12282877				GUALY CUCHIMBA DIEGO ARMANDO						INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			Cra 33 25a 55			BOGOTA-BOGOTA D.E.				3865727		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		639879832			9510963425			I		2026/09/17		2026/09/09		BANCO DAVIVIENDA				0		\$3,847,500																									
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	lri	lvp	Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											\$12,046,536	\$2,048,100				\$12,046,536	\$1,505,900				\$0	\$0				\$12,046,536	\$293,500				\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											\$12,046,536	\$2,048,100				\$12,046,536	\$1,505,900				\$0	\$0				\$12,046,536	\$293,500				\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																											\$12,046,536	\$2,048,100				\$12,046,536	\$1,505,900				\$0	\$0				\$12,046,536	\$293,500				\$0
1	CC	12282877	GUALY DIEGO											X									25-14	30	\$12,046,536	\$2,048,100		EPS005	30	\$12,046,536	\$1,505,900			0	\$0	\$0	14-11	30	\$12,046,536	2.436%	\$293,500	0		\$0			
Total Afiliados (1)																											\$12,046,536	\$2,048,100				\$12,046,536	\$1,505,900				\$0	\$0				\$12,046,536	\$293,500				\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,048,100	\$0	\$0	\$2,048,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,048,100	\$0	\$0	\$2,048,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$293,500	\$0	\$0	\$293,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$293,500	\$0	\$0	\$293,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,505,900	\$0	\$0	\$1,505,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,505,900	\$0	\$0	\$1,505,900
TOTAL				1	\$3,847,500	\$0	\$0	\$3,847,500

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1466 2026 CRP -8723.pdf	1 PS 1466 2026 CRP -8723.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1466 2026 CRP -14775.PDF	2 PS 1466 2026 CRP -14775.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1466 2026 CRP -15748.PDF	3 PS 1466 2026 CRP -15748.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	6 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1466 2026 CRP - 20180.pdf	4 PS 1466 2026 CRP - 20180.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1466 2026 CRP - 23942.pdf	5 PS 1466 2026 CRP - 23942.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6 PS 1466 2026 CRP - 29117.pdf	6 PS 1466 2026 CRP - 29117.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
			<div>Borrar</div> <div>Cargar nuevo</div>		
<div>Cancelar</div>			<div>Evaluación de la Entidad Estatal</div>		

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

<https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.17012620>

1/1

Departamento	Fecha		
Bogotá	25	09	2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE
VENTA

N° DG137

Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NIT: 900959051	Fecha de firmado:	25/09/2026 10:48:09
	CENTRO ORIENTE ESE		
Dirección:	DIAGONAL 34 N 5-43	Departamento:	Bogotá
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago:	Crédito
		Hora emisión:	10:48:06
Vencimiento:	Octubre 09 del 2026	Total de Lineas:	1
Fecha de pago:	09/10/2026	Moneda:	COP, Peso colombiano

#	CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	U.M	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	1,00	Servicios de médicos especialistas honorarios de servicios prestados en anestesiología y reanimación durante el mes de septiembre de 2026 en subred centro oriente. REGIMEN SIMPLE TRIBUTARIO. FAVOR NO APLICAR RETENCIÓN NI RETENCIÓN DE ICA.	WSD				\$31.517.100,00	\$31.517.100,00
Notas:								Subtotal:	\$31.517.100,00
Factura correspondiente a septiembre de 2026								Cargos:	\$0,00
SON: (treinta y un millones quinientos diecisiete mil ciento pesos con cero centavos)								Descuentos:	\$0,00
CUFE: 982d355886d91146779c0d03773f646aaff55a36a327b54c53c2e0f79ebe24b823ea210156fe1cba609ae990a53ecf60								Total:	\$31.517.100,00

Firma Digital: XuGHg6xfX9/htus0sYJUGr16YyhWaXeCkLRbuPhJJf9hNK66Y7HcS+seDZlXmvnaPulC3B1eoQD89dl/JHlwbYch0bm2NU12FvS6aM0beaLMMB7mgF2lFLVo5XUF2kVvDd74strK38zcD4ghuKFabl+PqEGN+mTQFC2WIZwXbBvZL00+0j5QYR8GmkgeE7XHL6cjVmJetNIOFYxGeeqWvqvFad0hqbFhhr+kPJDQKNZkHIPVp94+SpfUQxyvwLqtrjH1t7CCzxoxrECtThMBsdclOJKXO+Ft+ULFnGYbUon8XAaTdW74zMAvvx7FFM0Xt/gPljHhKYGammWGIpPepQ==

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

