

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ			CC:	79861112
CORREO ELECTRÓNICO:	JUANMANARVAEZ27@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3108683561
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 86A N° 114 - 90 CAS 14			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	LULO BANK	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	132350727628
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1381 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 17.951.790	
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>JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ PS_1381_2026_17B8B1</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ CC: 79861112 CEL: 3108683561</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

CON C.C N° 79.861.112

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 1381 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 71.807.160	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 170.155.945	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 17.951.790
--	----------------	---	---------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
------------------------	--------------------------------

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)
------	---

	<p>1. Realizo valoración de pacientes del servicio de medicina interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial</p> <p>2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.</p> <p>3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.</p> <p>4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades</p> <p>5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria</p> <p>6. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA</p> <p>7. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad, realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes</p> <p>8. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.</p> <p>9. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.</p> <p>10. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones</p> <p>11. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.</p> <p>12. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos</p> <p>13. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e</p>
--	--

1	implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera 14. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 15. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones 16. Cumpro oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.		
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° 95255497	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	2026/09/21	\$ 1.122.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/21	\$ 1.526.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/21	\$ 218.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.866.700
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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		<div>JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ PS_1381_2026_17B8B1</div> <div>JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ</div> <div>CC: 79861112</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS PS_1381_2026_17B8B1</div> <div>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ	Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95255497	21/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	\$0	\$2.905.500	

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 LUD EPS S.A.	830113831-0	1.122.000	0		0		0	18	15.100	0	1.137.100	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	1.436.200	0	0	44.900	44.900	18	19.300	1.400	1.546.700	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	218.700				218.700	18	3.000	221.700			2.187	221.700	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	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	1.122.000	1.137.100
Pensión	1	1.526.000	1.546.700
Riesgos Laborales	1	218.700	221.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.866.700	2.905.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I—Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95255497	21/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	\$0	\$2.905.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES									
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Constante	Salud	Exonerado	Clase de Riesgo	IBO	RET	TALE	TPA	VT	VT	VT	VT	VT	VT	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 79861112	NARVAEZ MENDEZ JUAN MANUEL	58	0		N											25-14	8.976.000	30	1.436.200	0	0	44.900	44.900	EPS001	8.976.000	30	1.122.000	14-11	8.976.000	30	3	218.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

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		
☐	PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1381 2026 CRP -8653.pdf	1 PS 1381 2026 CRP -8653.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	3. PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	4.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026 (1).pdf	5.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1381 2026 CRP -15695.PDF	2 PS 1381 2026 CRP -15695.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	6. PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	7.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2026.pdf (Archivado)	8.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	8.PS 1381 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

NIT: 79861112

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Persona Natural

Calle 83 A No. 114-90 et. 3 Ca 14, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3012352879

Email. jmnarvaez7@gmail.com

Este comprobante corresponde al periodo de 01/09/2026 hasta: 30/09/2026

Autorización factura electrónica de venta No: 18764111470863 válida desde 2026-06-19 hasta 2026-12-19 rango desde FE214 hasta FE400

DATOS DEL CLIENTE					FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA					
NIT:	900959051				No de Factura	FE221				
Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				Fecha Emisión	23/09/2026 - 13:39:54				
Dirección:	DG 34 5 43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia				Fecha Vencimiento					
Teléfono:	3444484				Moneda	COP Peso colombiano				
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co				Forma de Pago:	Contado				
					Medio de pago:	Acuerdo mutuo				
					Total dei Lineas:	1				

#	Código	Descripción	U.M	Cantidad	Precio U.	NOM.	Impuestos	Dcto.	Total	
							% o VAL	MONTO		
1	001	SERVICIOS PROFESIONALES Prestación de servicios como Médico Internista	HUR	186,00	\$96.515,00				\$0,00	\$17.951.790,00
								Subtotal:	\$17.951.790,00	
								Cargos:	\$0,00	
								Descuentos:	\$0,00	
								Total:	\$17.951.790,00	

Notas:	
CUFE	e4c741da0766caff5a05affd2aa7d202d4bc01aaa343376d021605c5aa8765560ce57e21a4e76ece16e3395e5df04fa0
Son:	(diecisiete millones novecientos cincuenta y un mil setecientos noventa pesos con cero centavos)

Firma Digital: k8ofWx19p2B96AR+qjQdlZEmssWNfuvCgcaYWbDDpZoKnwVAlsogDbtMiyW9pFrg
d3xZfvZHT2HvRAs4dP8y9XfT1FtvbEFc+IXGlgKmhN7y0lxgEAz92EcwzYaCa3
zmNJkgwgE6HuDu7jUE6GeyLcsdX61FICbFO/V3Ny332xhBfVsjU1X0M4j/YRs9hX
0hz2Ns2VvEgpmv6gMTMEQbkceNyOHWoXYdv8UOMcPbzDD0gvV8bwNEwrKXYvPcv
8//uB7LgSjoSuo4elnUHRw+0ATy/RTs/v8ct/wNkF0qr/6AeTYpkLGATYkbL1goL
W4BeFiZrEWGm823DULePuA==
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

