RTS

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

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

LICETH JOHANA ROJAS GUZMAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	46.680.328

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1699 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	192		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 109.082.688			**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 16.413.696
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN - MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032				

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	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de Cirugía general: Estudiar, diagnostiear y tratar patologías que requieren intervención quirúrgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atencion medien procurarán el mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio
5	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
6	Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
8	Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
9	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .
13	como contratista responde por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
14	Apoye la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15	Participo activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditación, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
16	participó en la programación de actividades del servicio.
17	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
18	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
19	Participo en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94874441791	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	13/06/2025	$ 1.096.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/06/2025	$ 1.491.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUOS BOLIBAR	13/06/2025	$ 213.800
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 2.802.500**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	LICETH JOHANA ROJAS GUZMAN CC No 46680328
FIRMA DE QUIEN VALIDA	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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: 6 FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/06/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LICETH JOHANA ROJAS GUZMAN	CC:	46680328
CORREO ELECTRÓNICO:	LICETHJROJASGG@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3002139499
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 69 47 50 TO 1 AP 204	CIUDAD:	Chiquinquirá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI (x)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102634565

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 1699 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL		$	16.926.624,00
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025	$	109.082.688
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	$				16.413.696

LICETH JOHANA ROJAS GUZMAN
46680328
3002139499

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46680328		ROJAS GUZMAN LICETH JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 69 # 47 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1550100541	9487441791	I	2025/06/09	2025/06/13	BANCO DE BOGOTA	4	$2,802,500

RESUMEN DE PAGO

NIVEL	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERES MORA	SALDOS E INCAPACIDAD	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,487,800	$4,100	$0	$1,491,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,487,800	$4,100	$0	$1,491,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,200	$600	$0	$213,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$213,200	$600	$0	$213,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,093,900	$2,900	$0	$1,096,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,093,900	$2,900	$0	$1,096,800
TOTAL				3	$2,794,900	$7,600	$0	$2,802,500



2025/06/13 07:58 PM

en línea

Planilla General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46680328		ROJAS GUZMAN LICETH JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 69 # 47 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1550100541	9487441791	I	2025/06/09	2025/06/13	BANCO DE BOGOTA	4	$2,802,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0
1	CC	46680328	ROJAS LICETH	25-14	30 $8,751,145	$1,487,800	EPS010	30	$8,751,145	$1,093,900		0	$0	$0	14-7	30	$8,751,145	$213,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0

LICETH JOHANA ROJAS GUZMAN

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

NIT: 46680328-4
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CRA 69 # 47 - 50 CONJ ENTREVERDE AP 204, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3002139499
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764093932519 válida desde 2025-06-03 hasta 2025-12-03 rango desde 615 hasta 1000

PERTENECIENTE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
NOTA: No deben ser practicadas retencion de ICA ni retencion en la fuente a la presente factura, de acuerdo con los articulo 907 y 911 del Estatuto.T.

NIT:	900959051
Razon Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 # 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

No. de Factura:	616
Fecha Emisión:	12/06/2025 19:59:56-05:00
Fecha Vencimiento:	10/07/2025
Moneda:	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Fecha de Pago:	10/07/2025
Total de Lineas:	1

1	1	Prestación de servicios como especialista en cirugía general	WSD	192,00	$85.488,00				0,00	$16.413.696,00

Subtotal:	$16.413.696,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$16.413.696,00

Notas:	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
CUFE:	7e3c67eb1e1c6500181f38b369813536ede4947e5f3e3bba0882760713d593e68a2d4f3f984cd7c44073edb8b6ca541e
Total con letra:	(dieciseis millones cuatrocientos trece mil seiscientos noventa y seis pesos)

Firma Digital: J0G+dbZ9/D6zqiQxERddot/bESBIDfQwNm9qVW6dilaW6DnaqOekOnHUj+1t2tTu
2epO9LmBRrsDtZ+VcdXGdzQtNhc6D29sR3VcTCG6ja2HkxkI4R
8c3Km6UV7avYpo psByatVAp4xHu8Gwk6FAVhQOTGcpvdhpk7dlmwcjhooGhauaF/P25o9CHJYs/fNZ IjmyE1PChdlqcXj20lhvl9LtP3aQQSLXKf
MbJGD4gBFcUtBQz/Vx23xDejhl9Kc awmwqcCtA7/Vmk/qmhElGuPfr3Gg03Oia58E/FS5dkghVc1DyjRp/T67NqSGym9/ 8blmUll4oj9MOYQ5fDUH
rQ==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 2 0 Actualización de Responsabilidades

4. Número de formulario 14906591780

(415)7707212489984(8020) 000001490659178 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
4 6 6 8 0 3 2 8	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 6 6 8 0 3 2 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	GUZMAN	LICETH	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 69 47 50 CONJ ENTREVERDE AP 204

42. Correo electrónico: licethrojas1128@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 1 3 9 4 9 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 4 1 2 2 9	8 6 9 9	2 0 1 6 1 0 2 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	1 6	4 7	4 8	5 2																						

16- Obligación facturar por ingresos bienes

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros		Exportadores				
54. Código	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
				57. Modo			
				58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 04 - 03 / 10 : 07: 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FEGALI NIETO DANIEL ARTURO

985. Cargo Gestor III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO