

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATHERINE PARRA SANCHEZ			CC:	52706017	
CORREO ELECTRÓNICO:	DRA.PARRA.PSIQUIATRIA@OUTLOOK.COM			TELÉFONO:	3212111892	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 51 A # 127 - 75 TORRE 4 APTO 702			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488416133251	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4905 2025	N° CDP:	1799	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.560.000					



KATHERINE PARRA SANCHEZ
PS_4905_2025_ED484F-2025-07-17 18:28:05

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KATHERINE PARRA SANCHEZ
CC: 52706017
CEL: 3212111892

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

KATHERINE PARRA SANCHEZ

CON C.C N°

52.706.017

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO PSIQUIATRA 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 4905 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/17
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 37.296.000	No. HORAS EJECUTADAS	84
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 65.520.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.560.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO

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	REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DETERMIDOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SUESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ÉTICO Y HUMANO, DE U MANERA OPORTU Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOSPACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLÍNICAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488051388	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/01	\$ 532.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/01	\$ 681.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/01	\$ 103.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.317.900

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 ibr 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



KATHERINE PARRA SANCHEZ

PS_4905_2025_ED484F-2025-07-17 18:28:05

KATHERINE PARRA SANCHEZ

CC: 52706017

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_4905_2025_ED484F-2025-07-18 18:28:25

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



HUGO GERMAN REYES GUERRERO

PS_4905_2025_ED484F-2025-07-18 18:35:53

HUGO GERMAN REYES GUERRERO

SUPERVISOR DEL CONTRATO



KATHERINE PARRA SANCHEZ
NIT 52.706.017-
CR 51 A 127 75 IN 4 AP 702
Tel: (031) 3212111892
Bogotá - Colombia
cathy_parra@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. KP 166

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3283105
Dirección	CR 14B 1 45 SUR	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/07/2025, 15:52
Expedición	11/07/2025, 15:52
Vencimiento	11/07/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios como medico especialista en psiquiatria	84.00	7,560,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Siete millones quinientos sesenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 7,560,000.00

Observaciones:
Turnos urgencias realizados Julio 2025

Total Bruto	7,560,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	7,560,000.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072754243 aprobado en 20240610 prefijo KP desde el número 101 al 200 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 9e193237c1bb895d2ff1c24a95b371c123cdadcb4aa2fa5b61303ea1c050d9c489519ae5600179f064cc568044d15b76

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52706017		PARRA SANCHEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 51 A # 127 - 75 TORRE 4 APTO 702	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-06	2025-06	1593841260	9488051388	I	2025/07/04	2025/07/01	BANCO DAVIVIENDA	\$1,317,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,260,000	\$681,600			\$4,260,000	\$532,500			\$0	\$0			\$4,260,000	\$103,800	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,260,000	\$681,600			\$4,260,000	\$532,500			\$0	\$0			\$4,260,000	\$103,800	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$4,260,000	\$681,600			\$4,260,000	\$532,500			\$0	\$0			\$4,260,000	\$103,800	
1	CC 52706017	PARRA KATHERINE	25-14	30	\$4,260,000	\$681,600	EPS005	30	\$4,260,000	\$532,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$4,260,000	\$103,800	0
Total Afiliados(1)					\$4,260,000	\$681,600			\$4,260,000	\$532,500			\$0	\$0			\$4,260,000	\$103,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52706017		PARRA SANCHEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 51 A # 127 - 75 TORRE 4 APTO 702	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1593841260	9488051388	I	2025/07/04	2025/07/01	BANCO DAVIVIENDA	0	\$1,317,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$681,600	\$0	\$0	\$681,600	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$681,600	\$0	\$0	\$681,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$103,800	\$0	\$0	\$103,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$103,800	\$0	\$0	\$103,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$532,500	\$0	\$0	\$532,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$532,500	\$0	\$0	\$532,500	
TOTAL				1	\$1,317,900	\$0	\$0	\$1,317,900	