

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES			CC:	1056612844	
CORREO ELECTRÓNICO:	LBMORENOC@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3174533513	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 69B N° 25 - 70 INT 2 APTO 401			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	045738676	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1668 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 18.900.000					



LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES
PS_1668_2025_E8240C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES
CC: 1056612844
CEL: 3174533513

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES

CON C.C N° 1.056.612.844

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1668 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 75.229.440	No. HORAS EJECUTADAS	210
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 185.471.712	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 18.900.000
--	----------------	---	---------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO
------------------------	-------------------------

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 brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes.
2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.
6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros.
9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10. Se utilizan 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 reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.
12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
13. reportar los eventos de notificación obligatoria.
14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.
19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.
21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales
22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred
23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .
24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9490291848	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/08/14	\$ 891.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/14	\$ 1.212.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	\$ 173.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.278.400
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 ningún 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> LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES PS_1668_2025_E8240C</div> <div>LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES CC: 1056612844</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div> DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1668_2025_E8240C</div> <div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div> JORGE EDUARDO CARO CARO PS_1668_2025_E8240C</div> <div>JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

Espacio para
Logo Corporativo

LEIDY BIBIANA MORENO
COLMENARES
NIT 1.056.612.844-0
c/l 77 a bis # 114 a 23
Tel: (601) 3174533513
Bogotá - Colombia
Lbmorenoc@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FEV 75

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE .		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DG 34 3-14 Bogota D.C.	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	13/08/2025, 22:00
Expedición	13/08/2025, 22:00
Vencimiento	13/08/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios medicos como especialista en Ginecología y obstetricia agosto 2025	210.00	18,900,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Dieciocho millones novecientos mil pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Consignación bancaria - Consignación \$ 18,900,000.00

Observaciones:

DECLARO PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.
CONSIGAR POR FAVOR A LA CUENTA AV VILLAS 045738676

Total Bruto	18,900,000.00
Total a Pagar	18,900,000.00

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 18764076604093 aprobado en 20240805 prefijo FEV desde el número 48 al 100 Vigencia: 24 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: e628892a633f23140f526c536aa9427889b20694caba5191ee3b0a08b2b9c9a7ba65a58304af4e4776db08a55823e172

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056612844		MORENO COLMENARES LEIDY BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 69 b # 25 70 int 2 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605520	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1699850379	9490291848	I	2025/08/13	2025/08/14	BANCO AV VILLAS	\$2,278,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				NOVEDADES										PENSION	SALUD	CCF	RIESGOS	PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			
1	CC	1056612844	MORENO LEIDY								X								
Total Afiliados(1)																			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056612844		MORENO COLMENARES LEIDY BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 69 b # 25 70 int 2 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605520	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1699850379	9490291848	I	2025/08/13	2025/08/14	BANCO AV VILLAS	\$2,278,400

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,211,900	\$1,000	\$0	\$1,212,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$1,211,900	\$1,000	\$0	\$1,212,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$173,700	\$200	\$0	\$173,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$173,700	\$200	\$0	\$173,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$891,000	\$600	\$0	\$891,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$891,000	\$600	\$0	\$891,600
TOTAL				1	\$2,276,600	\$1,800	\$0	\$2,278,400