**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO** | | | **CC:** | **1143132414** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **TSNIA@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3183558163** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 146 12A 27** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **506000121778** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1670 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 2025/09/01 AL 2025/09/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 13.500.000** | | | | | |

*TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO*
*PS_1670_2025_3A1D11*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO**
**CC: 1143132414**
**CEL: 3183558163**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.143.132.414** | |
| **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 1670 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **150** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 146.736.576 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 13.500.000 |
| **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**<br>**(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.<br>2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.<br>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.<br>11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.<br>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.<br>13. reportar los eventos de notificación obligatoria.<br>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.<br>15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.<br>16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.<br>17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones<br>18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.<br>19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.<br>20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.<br>21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales<br>22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred<br>23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .<br>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,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9490356711 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/08/19 | $ 693.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2025/08/19 | $ 887.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/08/19 | $ 135.100 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 1.715.200 |

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** | *TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO*<br>*PS_1670_2025_3A1D11*<br>**TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO**<br>**CC: 1143132414** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1670_2025_3A1D11*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JORGE EDUARDO CARO CARO*<br>*PS_1670_2025_3A1D11*<br>**JORGE EDUARDO CARO CARO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

**TIANA MARCELA ORELLANO ALBINO**
NIT 1.143.132.414-2
CRA 44B 44 40
Tel: (035) 3183558163
Soledad - Colombia
tsnia@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. TO 71**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORINETE E.S.E. | | |
| **NIT** | 900.959.051-7 | **Teléfono** | (605) 3102040836 |
| **Dirección** | DIAGONAL 34 5 - 43 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 10/09/2025, 16:30 |
| **Expedición** | 10/09/2025, 16:30 |
| **Vencimiento** | 10/09/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GINECÓLOGA URGENCIA HOSPITAL MATERNO INFANTIL MES DE SEPTIEMBRE 2025 | 24.00 | 2,160,000.00 |
| 2 | PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GINECÓLOGA Y OBSTETRICIA HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL MATERNO INFANTIL MES DE SEPTIEMBRE 2025 | 48.00 | 4,320,000.00 |
| 3 | CONSULTA EXTERNA MES DE SEPTIEMBRE 2025 | 72.00 | 6,480,000.00 |
| 4 | REUNION DE SERVICIOS HOSPITAL LA VICTORIA MES DE SEPTIEMBRE 2025 | 6.00 | 540,000.00 |

**Total items:** 4

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 13,500,000.00 |
| **Total a Pagar** | 13,500,000.00 |

**Valor en Letras:**
Trece millones quinientos mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-09-10 por $ 13,500,000.00

**Observaciones:**

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 18764090547071 aprobado en 20250315 prefijo TO desde el número 64 al 10000 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** 9826202dcdf6632d37db3105d470e19e8fce552cb4683fdc788c2448d5edef2efe6fd191f5e0009c68f8e97ed5a663b9

aportes 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 1143132414 | | ORELLANO ALBINO TIANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 159 # 54 42 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 1706374187 | 9490356711 | I | 2025/09/03 | 2025/08/19 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,715,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $5,544,000 | $887,100 | | | $5,544,000 | $693,000 | | | $0 | $0 | | | $5,544,000 | $135,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $5,544,000 | $887,100 | | | $5,544,000 | $693,000 | | | $0 | $0 | | | $5,544,000 | $135,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $5,544,000 | $887,100 | | | $5,544,000 | $693,000 | | | $0 | $0 | | | $5,544,000 | $135,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1143132414 | ORELLANO TIANA | 231001 | 30 | $5,544,000 | $887,100 | EPS005 | 30 | $5,544,000 | $693,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $5,544,000 | $135,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $5,544,000 | $887,100 | | | $5,544,000 | $693,000 | | | $0 | $0 | | | $5,544,000 | $135,100 | | $0 | $0 |

aportes 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 1143132414 | | ORELLANO ALBINO TIANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 159 # 54 42 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 1706374187 | 9490356711 | I | 2025/09/03 | 2025/08/19 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,715,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $887,100 | $0 | $0 | $887,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $887,100 | $0 | $0 | $887,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $135,100 | $0 | $0 | $135,100 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $135,100 | $0 | $0 | $135,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $693,000 | $0 | $0 | $693,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $693,000 | $0 | $0 | $693,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $1,715,200 | $0 | $0 | $1,715,200 |