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:	**LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN**			**CC:**	**46680328**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LICETHROJAS1128@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002139499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69 47 50 TO 1 AP 204**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102634565**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1699 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	**$ 18.465.408**					

LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN
PS_1699_2025_63ECD8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN
CC: 46680328
CEL: 3002139499

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 Y SUPERVISION 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 GUZMÁN			
	CON C.C N°	**46.680.328**	
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**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 184.141.152	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 18.465.408
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	Como profesional de la especialidad de cirugía general, realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo de mi especialidad, atendiendo patologías quirúrgicas en adulto con alto nivel científico, ético y humano, mi labor incluye brindar atención integral, oportuna y pertinente, respetando los derechos del paciente y cumpliendo normativas vigentes, garantizando una atención personalizada y segura, aplicando protocolos y guías clínicas establecidas, realizó registros asistenciales, conceptos médicos y participó en seguimiento clínico. Además del uso adecuado de equipos, la confidencialidad de la información, la notificación de eventos de seguridad, docencia, asistir a capacitaciones, supervisión y cumplimiento de requisitos legales, contractuales y administrativos durante la prestación 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° 9491765405	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/15	$ 1.093.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/15	$ 1.487.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/15	$ 213.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.794.900

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 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	*LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN* *PS_1699_2025_63ECD8* **LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN** **CC: 46680328**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1699_2025_63ECD8* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1699_2025_63ECD8* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 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
2025-08	2025-08	1775813568	9491765405	I	2025/09/05	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	10	$2,812,700

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)					$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

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 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
2025-08	2025-08	1775813568	9491765405	I	2025/09/05	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	10	$2,812,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,487,800	$9,500	$0	$1,497,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,487,800	$9,500	$0	$1,497,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,200	$1,400	$0	$214,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$213,200	$1,400	$0	$214,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,093,900	$6,900	$0	$1,100,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,093,900	$6,900	$0	$1,100,800
TOTAL				**1**	**$2,794,900**	**$17,800**	**$0**	**$2,812,700**

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: 01/09/2025 hasta: 30/09/2025.

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.

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	**900959051**
Nombre o Razón 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**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	**623**
Fecha Emisión	**14/09/2025 15:41:35-05:00**
Fecha Vencimiento	**10/10/2025**
Moneda	**COP Colombia, Pesos**
Forma de Pago:	**Contado**
Medio de Pago:	**Consignación bancaria**
Fecha de Pago:	**10/10/2025**
Total de Lineas:	**1**

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	Prestación de servicios como especialista en cirugía general	WSD	216,00	$85.488,00				0,00	$18.465.408,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$18.465.408,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$18.465.408,00

Notas:	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
CUFE:	7edb0a8e18053950c71ea3b0d02e01a424418bb777b4efb353eb561d5887250cd9ece660a608d3a9a5d4568abae62d5a
Total con letra:	(dieciocho millones cuatrocientos sesenta y cinco mil cuatrocientos ocho pesos)

Firma Digital: QI8ECtvhL0Kk8puEriKaTRY4YxW9E0hE/2WYgtpOCdxQhzD/ZYvNYnJ2crbH98IK
h94Jy6D2Ko+0ygcbg+WKRiQKokqx3AZRmpag3/mV7yb3F/nuYX
D7AndYCPjb9GIN zS1xz47qJn6uDtLGzZeeV2Q6Qt0tS+DZcu6Phwhw3dGaaKdivB84yPZ6rR2//2te zSm0dt2SgGF20zT+ZXZtOZtXDvYE7dX203a
mwrse1e1UY0W2hYYzcOg4Evv10RTF 8TqxpFBJWPM74mbSBX+Rd2KFYblzMX9zjl6EsmN2t8ucFKc28lfCJmBL4hRjzpWY Pt7PEe28aujlEveGShPX
fg==

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: 01/09/2025 hasta: 30/09/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.