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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SONIA MARCELA PUIN TUMAY**			**CC:**	**1014192699**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SOMARCELA182@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3152963334**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 63 N° 22 - 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**001900231869**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1829 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.170.424**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

SONIA MARCELA PUIN TUMAY
PS_1829_2025_22F8B7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SONIA MARCELA PUIN TUMAY
CC: 1014192699
CEL: 3152963334

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			
SONIA MARCELA PUIN TUMAY			
	CON C.C N°	**1.014.192.699**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1829 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 66.476.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**56**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 66.476.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.170.424
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		

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. Realizo valoración de pacientes del servicio de Hospitalizacion Pediatría durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios 3. y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios. 5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades. 6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. 7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. 8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria. 9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad. 11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. 12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. 13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. 14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes. 15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. 16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. 17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. 18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones. 19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iníciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumplo oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

1	

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493187528	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	$ 381.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 488.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 74.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 945.200

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	*SONIA MARCELA PUIN TUMAY* *PS_1829_2025_22F8B7* **SONIA MARCELA PUIN TUMAY** **CC: 1014192699**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1829_2025_22F8B7* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1829_2025_22F8B7* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SONIA MARCELA PUIN TUMAY

NIT 1014192699 2
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764095616671 del 15/07/2025 al 15/01/2026
Habilita numeración de:
MP-68 al MP-500
Régimen: No responsable de IVA
Responsabilidad fiscal:
R-99-PN No Aplica - Otros

Carrera 67 B No. 46 - 14 AP 401

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

NO RESPONSABLE DE IVA

Factura Electronica de Venta No. MP71

Fecha de emisión: 14/10/2025 06:54:44 AM
Fecha de validación DIAN: 14/10/2025 06:55:56 AM
Fecha de vencimiento: 15/10/2025
Plazo (Días): 1
Codigo de Moneda COP
Tasa de Cambio
Orden de Compra

Remisión
Pedido
Asesor
Aviso de Recibo

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT 900959051 - 7
Dirección: DG 34 # 5- 43
Codigo Cliente Hospital Santa Clara
Teléfono: 3023290575
Dirección Despacho:
Contacto:
Ciudad: Bogotá, D.C
Departamento: Bogotá
País: Colombia

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	HST	Honorarios para la prestación de servicios de salud - pediatría	56,00	hora	COP 92,329.00	COP 0.00			COP 5,170,424.00

Total de items: 1
Observaciones

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia Crédito

Subtotal:	COP 5,170,424.00

Impuestos:	COP 0.00
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 5,170,424.00
Neto a pagar	COP 5,170,424.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE 9a81385839e86dafbeb9c0610973ecbb733543055dcb221118ab2655add4ff92dc75aa6f122cae3f77d829d4a1922a1f

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 1014192699		PUIN TUMAY SONIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67b 46 14 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6942499	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1849338287	9493187528	I	2025/10/23	2025/10/14	BANCO DE BOGOTA	0	$945,200

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
1	CC	1014192699	PUIN SONIA	230301	30	$3,054,982	$488,800	EPS005	30	$3,054,982	$381,900		0	$0	$0	14-7	30	$3,054,982	$74,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,054,982	$488,800			$3,054,982	$381,900			$0	$0			$3,054,982	$74,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$488,800	$0	$0	$488,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$488,800	$0	$0	$488,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$74,500	$0	$0	$74,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$74,500	$0	$0	$74,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$381,900	$0	$0	$381,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$381,900	$0	$0	$381,900
TOTAL				1	$945,200	$0	$0	$945,200

VER CONTRATO

ecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

an de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

C

cumentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	1. PS 1829 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1829 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2. PS 1829 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1829 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	3.PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	4. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	5. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	6. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1 PS 1829 2025 CRP-6433.pdf	1 PS 1829 2025 CRP-6433.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	7. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	8. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	9. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1829 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle