

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARRIE GISSETTE TORRES TORRES			CC:	1070920905
CORREO ELECTRÓNICO:	carito22061@hotmail.com			TELÉFONO:	3118420499
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 4 BIS 15 19			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	468100021343
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5887 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 14.477.250	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CARRIE GISSETTE TORRES TORRES PS_5887_2025_C3BA88 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARRIE GISSETTE TORRES TORRES CC: 1070920905 CEL: 3118420499					

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

CON C.C N° 1.070.920.905

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5887 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/08
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 32.313.222	No. HORAS EJECUTADAS	150
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 52.313.222	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 14.477.250
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ

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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participe en la programación de actividades del área.
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	REALICE 150 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA. PROMEDIO 450 CONSULTAS PROGRAMA ANTICOAGULACION.

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°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR		\$ 708.100
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 906.400
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 136.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.750.600
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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 CARRIE GISSETTE TORRES TORRES PS_5887_2025_C3BA88 CARRIE GISSETTE TORRES TORRES CC: 1070920905		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ PS_5887_2025_C3BA88 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Espacio para
Logo Corporativo

CARRIE GISSETTE TORRES
TORRES
NIT 1.070.920.905-3
CALLE 2 B 9 13
Tel: (601) 3118420499
Cota - Colombia
carito22061@hotmail.com



Factura electronica de venta
No. CT 47

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3282828 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	10/10/2025, 12:16
Expedición	10/10/2025, 12:16
Vencimiento	10/10/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICOS CONSULTA EXTERNA Y HOSPITAIZACION 150 horas OCTUBRE DE 2025	150.00	14,477,250.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Catorce millones cuatrocientos setenta y siete mil doscientos cincuenta pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-10-10 por \$ 14,477,250.00

Observaciones:

Total Bruto	14,477,250.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	14,477,250.00

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 18764096919062 aprobado en 20250812 prefijo CT desde el número 44 al 100 Vigencia: 6 Meses

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: bf507af4ef7b8fc0ac2f7226b658c420679822b12414c0226b461a3bcaddf924c3e65ba02b8211333ad9e5a7aeb5e62

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070920905		TORRES TORRES CARRIE GISSETTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 26 NO 50-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118420499	No

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	1842986620	9493150290	I	2025/10/02	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	8	\$1,752,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$901,900	\$4,500	\$0	\$906,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$901,900	\$4,500	\$0	\$906,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$137,400	\$700	\$0	\$138,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$137,400	\$700	\$0	\$138,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$704,600	\$3,500	\$0	\$708,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$704,600	\$3,500	\$0	\$708,100
TOTAL				1	\$1,743,900	\$8,700	\$0	\$1,752,600

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Si

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 5887 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5887 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5887 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5887 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5887 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5887 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 5887 2025 CRP-21053.pdf	1 PS 5887 2025 CRP-21053.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Barra

Compartir