

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO		CC:	1032374020	
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURACAROLINAOYAGARIZZO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3182391841	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69B 112B 46		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	82462107711

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1622 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 10.423.620
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO
PS_1622_2025_524744

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO

CC: 1032374020

CEL: 3182391841

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

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO

CON C.C N°

1.032.374.020

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1622 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 46.327.200	No. HORAS EJECUTADAS	108
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 108.965.435	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.423.620
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
--	------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	-----------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	---------------------------------------

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 Medicina Interna 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 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.

1

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales 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. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494442738	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/06	\$ 1.326.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/06	\$ 1.804.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/06	\$ 258.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.389.600

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 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



LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO

PS_1622_2025_524744

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO

CC: 1032374020

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1622_2025_524744

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1622_2025_524744

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

Identificación		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado.SENA e ICBF	
CC 1032374020		OYAGA RIZZO LAURA CAROLINA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Calle cc #72b45		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		5106421		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		Pago		Valor	
	Salud	Pago		Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias, Mora	Valor		
2025-10	1907972989	949442738	I	2025/11/07	2025/11/06	BANCOLOMBIA				0	\$3,389,600

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$1,804,300	\$0	\$0	\$1,804,300		
PROTECCION		230201	800,229,739	0	1	\$1,804,300	\$0	\$0	\$1,804,300		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$258,600	\$0	\$0	\$258,600		
SEGUROS BOLIVAR		14-7	860,002,503	2	1	\$258,600	\$0	\$0	\$258,600		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$1,326,700	\$0	\$0	\$1,326,700		
SAMITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$1,326,700	\$0	\$0	\$1,326,700		
TOTAL					1	\$3,389,600	\$0	\$0	\$3,389,600		



Búsqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
----------	--------------	------	------

 

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1622 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1622 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1622 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1622 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

<input type="checkbox"/>	5. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1622 2025 CRP-6267.pdf	1 PS 1622 2025 CRP-6267.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 1622 2025 CRP-15205.pdf	2 PS 1622 2025 CRP-15205.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1622 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1622 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	7. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1622 2025 CRP-18865.pdf	3 PS 1622 2025 CRP-18865.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1622 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1622 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	9. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	10. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1622 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

< >

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO

Medicina Interna

NIT: 1032374020-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CALLE 6 C No 72 B 45 IN 10 AP 304, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6015106421

Autorización facturación electrónica No. 18764095305805 válida desde 2025-07-07 hasta 2026-01-07 rango desde C-67 hasta C-100

CODIGO ICA 8621-1 - Tarifa 9.66 * 1.000 - No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores.

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051-7
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 No 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	C - 88
Fecha Emisión	06/11/2025 09:45:40-05:00
Fecha Vencimiento	06/12/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	06/12/2025
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Servicios de consulta en medicina interna en el mes de Noviembre de 2025	WSD	1,00	\$10.423.620,00	Otro Otros tributos, tasas, contribuciones, y	0%	0	0,00	\$10.423.620,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$10.423.620,00
Impuestos									Cargos:	\$0,00
ZZ Otro Otros tributos, tasas, contribuciones, y						\$10.423.620,00	0.00%	\$0,00	Descuento:	\$0,00
									Otro Otros tributos, tasas, contribuciones, y:	\$0,00
									Total:	\$10.423.620,00

CUFE:	37b35eb4d66374f23c07064f64c4de9ac2dbaa7097939fe2655a662e8c180dcd8a348e466715b9680025681b0ef89d6b
Total con letra:	(diez millones cuatrocientos veintitres mil seiscientos veinte pesos)

Firma Digital: GvZ44eU0SevDCuv0EFNeNcP8TjxvjyLM56TyZ8WnVOVHybcj9VMgM+TJA0t/M8lq
HnUnYFGaPppFXwjK057tdwVnZdER7hpzqKedQLxHEta2NFVran
gnDTJRajuJpLMh 1RQxTU5iQ86i9dqf45MM9Vdjp5RbnQvxAtCHw1W0zEggQ0BgfR35qTgxZptCSNj DQn+fhgKXL+d8Q7qiSUS49AMoroxqNettda
i4wd05PSVTFdHd+gvLIOEDWmDrDM zgGDxb0986hsJUgPc9X88A5EihXiBAAcLzRIDnGsRH7w4F4EhuBJdEsHsk3BFEG 2KRUN4cGgNa0vZPWz5Q+
IQ==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

