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: (30-11-2025)					
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**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 18.465.408**
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**				

LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN
PS_1699_2025_42DA4E

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:	$ 196.878.864	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 18.465.408
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 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° 9494725290	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/14	$ 1.093.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	$ 1.487.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/14	$ 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_42DA4E* **LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN** **CC: 46680328**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1699_2025_42DA4E* **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_42DA4E* **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
2025-10	2025-10	1927651130	9494725290	I	2025/11/10	2025/11/14	BANCO DE BOGOTA	4	$2,802,300

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
2025-10	2025-10	1927651130	9494725290	I	2025/11/10	2025/11/14	BANCO DE BOGOTA	4	$2,802,300

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	$4,000	$0	$1,491,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,487,800	$4,000	$0	$1,491,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,200	$600	$0	$213,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$213,200	$600	$0	$213,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,093,900	$2,800	$0	$1,096,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,093,900	$2,800	$0	$1,096,700
TOTAL				1	$2,794,900	$7,400	$0	$2,802,300

- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1699 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1699 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1699 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1699 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1699 2025 CRP-6315.pdf	1 PS 1699 2025 CRP-6315.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1699 2025 CRP-15895.pdf	2 PS 1699 2025 CRP-15895.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1699 2025 CRP-18923.pdf	3 PS 1699 2025 CRP-18923.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cancelar

< Evaluación de la Ent

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: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

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	**627**
Fecha Emisión	**19/11/2025 12:44:50-05:00**
Fecha Vencimiento	**10/12/2025**
Moneda	**COP Colombia, Pesos**
Forma de Pago:	**Contado**
Medio de Pago:	**Consignación bancaria**
Fecha de Pago:	**10/12/2025**
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:	f72e462e1b9ea27ab49ed21c2dcb5d12029680cd4f514bc70341f771a6084c87e3dc8b6bb1a208c8e8da301b4326e121
Total con letra:	(dieciocho millones cuatrocientos sesenta y cinco mil cuatrocientos ocho pesos)

Firma Digital: RjZ333qzgZsWiiSYu4uuaxoiLdMuLVwisjHgR+gIOe4tUZy8bsrajiWWA0cFoDRd
RYpLrutVC/hK+uTXuCDeCkNMR4DTNOGkxBr10rdHZ4iRUDZ9g3
hMMr9OIUSywFFe fjWYj+UNEUutZcaSND/XYSMjehX7Z4sv7B8m8x8e3Dt665gW0EDJbqVfyQXSfNAs JNbUw5JDpKXAoT3cDBMEt6dM8AfJkXt8URD
ZltFMM089r2hRZEJUgGOQff/l3A9u 0PTa5Ztk6Rlsq+L+p3/jYt+v0PrZNvBe1/0/qW3LNqN8MudgOeYm0LnyUOh4JuFS 3yLZl9cnVcRexUms4/QW
KQ==

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: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.