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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA ROCIO PELAEZ RINCON**			**CC:**	**1121847962**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAURAPELAEZ2003@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3203691627**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 32B SUR N° 34 - 01**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870408319**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1830 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 9.971.532**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LAURA ROCIO PELAEZ RINCON
PS_1830_2025_F96871

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA ROCIO PELAEZ RINCON
CC: 1121847962
CEL: 3203691627

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			
LAURA ROCIO PELAEZ RINCON			
	CON C.C N°	**1.121.847.962**	
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 1830 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 59.090.560	**No. HORAS EJECUTADAS**	**108**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 115.688.237	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 9.971.532
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) 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.

1	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.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496464522	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/15	$ 341.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/15	$ 437.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/15	$ 66.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 846.000

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 ROCIO PELAEZ RINCON* *PS_1830_2025_F96871* **LAURA ROCIO PELAEZ RINCON** **CC: 1121847962**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1830_2025_F96871* **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_1830_2025_F96871* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121847962		PELAEZ RINCON LAURA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 68b 23b-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7201512	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,734,000	$437,500			$2,734,000	$341,800			$0	$0			$2,734,000		$66,700		$0	$0		$846,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,734,000	$437,500			$2,734,000	$341,800			$0	$0			$2,734,000		$66,700		$0	$0		$846,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,734,000	$437,500			$2,734,000	$341,800			$0	$0			$2,734,000		$66,700		$0	$0		$846,000
1	CC	1121847962 PELAEZ LAURA															X			25-14	30	$2,734,000	$437,500	EPS017	30	$2,734,000	$341,800		0	$0	$0	14-7	30	$2,734,000	2.436%	$66,700	0	$0	$0	No	$846,000
Total	**Afiliados(1)**																					$2,734,000	$437,500			$2,734,000	$341,800			$0	$0			$2,734,000		$66,700		$0	$0		$846,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2009817387	9496464522	I	2025/12/15	2025/12/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$846,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$437,500	$0	$0	$437,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$437,500	$0	$0	$437,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,700	$0	$0	$66,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$66,700	$0	$0	$66,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$341,800	$0	$0	$341,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$341,800	$0	$0	$341,800
TOTAL				1	$846,000	$0	$0	$846,000

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

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		
1. PS 1830 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1830 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2. PS 1830 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1830 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3.PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4. PS 1830 2025 CUENTA DE	4. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO	Comprador	Descargar	Detalle

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

☐	5. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1830 2025 CRP-6434.pdf	1 PS 1830 2025 CRP-6434.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1830 2025 CRP-15260.pdf	2 PS 1830 2025 CRP-15260.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS. 1830 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	8. PS. 1830 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1830 2025 CRP-19024.pdf	3 PS 1830 2025 CRP-19024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1830 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
16ccf2ecf2a72f1dccec3db88c8a85b0d6e719ebfc54bd875316240133a62fb1ddc49a20329d954a4eb291d8f06c0528

Número de Factura: LRP-4
Fecha de Emisión: 16/12/2025
Fecha de Vencimiento: 16/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PELAEZ RINCON LAURA ROCIO
Nombre Comercial: PELAEZ RINCON LAURA ROCIO
Nit del Emisor: 1121847962
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 32 B SUR 34 F 01
Teléfono / Móvil: 3203691627
Correo: laurapelaez2003@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3023290575
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
1	1	HONORARIOS MEDICOS	NIU	108,00	$ 92.329,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.971.532,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
16/12/2025 07:10:39
Documento validado por la DIAN:
16/12/2025 07:10:39
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	9971532
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9971532
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	9971532
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9971532

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	9.971.532,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9.971.532,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	9.971.532,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9.971.532,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764099846201 Rango desde: 1 Rango hasta: 500 Vigencia: 2027-10-07