

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YURI PAOLA GOMEZ ANGEL			CC:	1023934277
CORREO ELECTRÓNICO:	YUPAGOMEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3204742526
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19B # 62A 37S			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	263142200
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1662 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 22.140.000	
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				
<div><div><div>YURI PAOLA GOMEZ ANGEL PS_1662_2025_83DC2E</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURI PAOLA GOMEZ ANGEL CC: 1023934277 CEL: 3204742526</div></div>					

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

YURI PAOLA GOMEZ ANGEL

CON C.C N°

1.023.934.277

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA 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 1662 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 75.229.440	No. HORAS EJECUTADAS	246
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 291.909.744	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 22.140.000
--	----------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO
------------------------	-------------------------

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

1. Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes.
2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.
6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros.
9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.
12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
13. reportar los eventos de notificación obligatoria.
14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.
19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.
21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales
22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred
23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .
24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9496214412	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/10	\$ 1.071.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/10	\$ 1.456.700
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	2025/12/10	\$ 208.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.736.500

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 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	<div><i>YURI PAOLA GOMEZ ANGEL</i> <i>PS_1662_2025_83DC2E</i></div> <div>YURI PAOLA GOMEZ ANGEL</div> <div>CC: 1023934277</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <i>PS_1662_2025_83DC2E</i></div> <div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><i>JORGE EDUARDO CARO CARO</i> <i>PS_1662_2025_83DC2E</i></div> <div>JORGE EDUARDO CARO CARO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>



YURI PAOLA GOMEZ ANGEL
NIT 1.023.934.277-6
CARRERA 19 B 62 A 37 SUR
Tel: (031) 7903852
Bogotá - Colombia
YUPAGOMEZ@GMAIL.COM



Factura electrónica de venta
No. 579

Señores	Sub Red Integrada de servicios de Salud Centro Oriente ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3444484
Dirección	Dg 34#3- 14	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/12/2025, 12:19
Expedición	17/12/2025, 12:19
Vencimiento	31/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestacion de servicios medicos especializados como ginecologo y obstetra del 1 - 31 de diciembre	246.00	22,140,000.00

--	--	--	--

Total items: 1

Valor en Letras:
Veintidos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-12-31 por \$ 22,140,000.00

Observaciones:
DECLARO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.
POR FAVOR CONSIGNAR A CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA 263142200

Total Bruto	22,140,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	22,140,000.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sligo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Sligo 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 18764074987134 aprobado en 20240712 prefijo desde el número 561 al 590 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación Tarifa
CUFE: 3e0984eb8301abd70abea90f110f4ffd5bfc2f468d5bd40ee0443cec71b05dba6f7a47414946f3efb012ffc55b4e4d37

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																													
Identificación		dv	Razon Social										Clase Aportante					Sucursal Principal					Direccion					Ciudad-Departamento					Teléfono		Exonerado SENA e ICBF										
CC 1023934277			GOMEZ ANGEL YURI PAOLA										INDEPENDIENTE					PRINCIPAL					carrera 19b 62a 37 sur					BOGOTA-BOGOTA D.E.					7903852		No										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																													
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES								
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sn	ige	lma	vac	avp	vct	lrl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$8,568,000	\$1,456,700			\$8,568,000	\$1,071,000			\$0	\$0			\$8,568,000	\$208,800			\$0	\$0			\$2,736,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$8,568,000	\$1,456,700			\$8,568,000	\$1,071,000			\$0	\$0			\$8,568,000	\$208,800			\$0	\$0			\$2,736,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$8,568,000	\$1,456,700			\$8,568,000	\$1,071,000			\$0	\$0			\$8,568,000	\$208,800			\$0	\$0			\$2,736,500
1	CC	1023934277	GOMEZ YURI										X							231001	30	\$8,568,000	\$1,456,700	EP5017	30	\$8,568,000	\$1,071,000		0	\$0	\$0	14-4	30	\$8,568,000	2.436%	\$208,800	0	\$0	\$0	No	\$2,736,500				
Total Afiliados(1)																									\$8,568,000	\$1,456,700			\$8,568,000	\$1,071,000			\$0	\$0			\$8,568,000	\$208,800			\$0	\$0			\$2,736,500

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1995501145	9496214412	I	2025/12/18	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	\$2,736,500
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,456,700	\$0	\$0	\$1,456,700	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$1,456,700	\$0	\$0	\$1,456,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,800	\$0	\$0	\$208,800	
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	\$208,800	\$0	\$0	\$208,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,071,000	\$0	\$0	\$1,071,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$1,071,000	\$0	\$0	\$1,071,000	
TOTAL				1	\$2,736,500	\$0	\$0	\$2,736,500	