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:	**NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ**			**CC:**	**1010163103**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YAMARYCHAVISTA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3163812660**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 22 18 66**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488412653484**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1657 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 13.500.000**
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**				

NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
PS_1657_2025_F28E25

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
CC: 1010163103
CEL: 3163812660

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			
NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ			
	CON C.C N°	**1.010.163.103**	
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 1657 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**150**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 153.658.416	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 13.500.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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)**
	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de mi especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas que tomo en la atención médica procuran el mejoramiento de la salud del paciente. Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Realizo las actividades según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades donde se presta el servicio y sea requerido. Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones que me permitan 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. Respecto a los derechos del paciente, cumpla con el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde presto la atención. Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación e imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad con mi especialidad, realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. Diligencio en forma completa, oportuna, 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 propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma. Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas, y respondo por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. Reporto al área de recursos físicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destinan a las actividades asistenciales.Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentan en desarrollo de la atención que estoy obligado a prestar a los usuarios o pacientes que demandan el servicio. Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales, evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de las EAPB. Notifico los sucesos de seguridad que se presentan durante el proceso de atención al paciente, apoyo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigido a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones. Facilito los trabajos de supervisión, evaluación y control que la subred realiza en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/oa través de terceros. Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad. Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. Porto el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades. Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigido a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de

1	las enfermedades propias de mi especialidad. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones. Facilito los trabajos de supervisión, evaluación y control que la subred realiza en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/oa través de terceros.Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad. Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. Porto el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades. Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigido a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones. Facilito los trabajos de supervisión, evaluación y control que la subred realiza en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/oa través de terceros. Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad. Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. Porto el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades. Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y e la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigido a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.Facilito los trabajos de supervisión, evaluación y control que la subred realiza en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/oa través de terceros. Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad. Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. Porto el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades. Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigido a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad. Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones. Facilito los trabajos de supervisión, evaluación y control que la subred realiza en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/oa través de terceros. Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad. Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. Porto el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades. Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred.Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred.Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta. Participa en la elaboración de protocolos y guías institucionales. Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.

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° 9495965318	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/03	$ 675.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/03	$ 864.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/03	$ 131.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.670.600

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	*NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ* *PS_1657_2025_F28E25* **NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ** **CC: 1010163103**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1657_2025_F28E25* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1657_2025_F28E25* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **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 1010163103		CHAVISTA GUTIERREZ NELLY YAMARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 22 NO 18 66 APT 729	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

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	1978680766	9495965318	I	2025/12/02	2025/12/03	BANCO DAVIVIENDA	1	$1,671,800

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)					$5,400,000	$864,000				$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,400,000	$864,000				$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,400,000	$864,000				$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0	
1	CC	1010163103	CHAVISTA NELLY	231001	30	$5,400,000	$864,000	EPS005	30	$5,400,000	$675,000		0	$0	$0	14-7	30	$5,400,000	$131,600	0	$0	$0	
Total	**Afiliados(1)**					$5,400,000	$864,000			$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

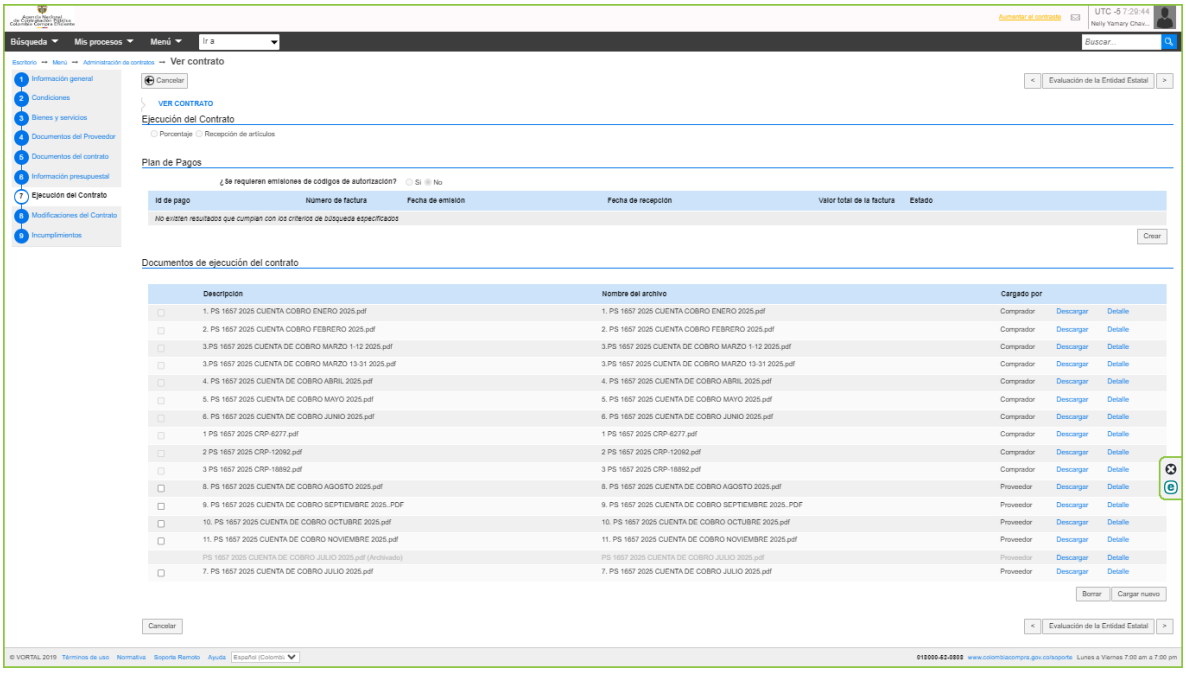
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010163103		CHAVISTA GUTIERREZ NELLY YAMARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 22 NO 18 66 APT 729	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

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	1978680766	9495965318	I	2025/12/02	2025/12/03	BANCO DAVIVIENDA	1	$1,671,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$864,000	$600	$0	$864,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$864,000	$600	$0	$864,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,600	$100	$0	$131,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$131,600	$100	$0	$131,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$675,000	$500	$0	$675,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$675,000	$500	$0	$675,500
TOTAL				**1**	**$1,670,600**	**$1,200**	**$0**	**$1,671,800**


Aumentar el contraste
UTC -5 7:29:44
Nelly Yamary Chav...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
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
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?
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
1. PS 1657 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf
2. PS 1657 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf
3.PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf
3.PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf
4. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
5. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
6. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
1 PS 1657 2025 CRP-6277.pdf
2 PS 1657 2025 CRP-12092.pdf
3 PS 1657 2025 CRP-18892.pdf
8. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
9. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025..PDF
10. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf
11. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf
PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado)
7. PS 1657 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
Comprador
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-62-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
NIT: 1010163103-7
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CR 22 #18-66 APTO 729, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 57
Tel. 3163812660
Email. yamarychavista@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764095278246 válida desde 2025-07-07 hasta 2026-01-07 rango desde FE55 hasta FE200.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT : 900959051
Dirección: DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3444484
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FE60**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **14:55:33-05:00**
FECHA FIRMADO: **12/12/2025 14:55:36**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
12	12	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Mes de diciembre 2025	WSD	150,00	$90.000,00				0,00	$13.500.000,00

Notas:

SON: (trece millones quinientos mil pesos)
CUFE: 486c2662c8e2a6ded312c0e214e995956800f664b07fb50a6d14629abbfe4b879201e6f54865733c8515789b70dc85cd

Subtotal:	$13.500.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$13.500.000,00

Firma Digital: nMmxgGfm1RUVGAu6mmoJrP4TtOyMmauFWcvxp7uVEXRB7lvaB3Xrstfc/HB2AUgD
eALGvyxUu9mOhiD67eqyl42AkWjQHHvyXcRgiIGJXsmKrxYf6F
vDMq5DItTTUqXp XllmnxaaM5dR5zi6Da7MNkpDTo//RYoNzQTNzmo9M1pmQEsSv1lGiqsqmX5wWJ/R fbrqzuVjFoIdJJU63xo6lGurXcr1nhck9Up
dMNKV/3wxsMyFJhH1l535OeqUCK6g XLyyGhz8uTMlhAFqUU/qJer9RXM1fmvmtUc9xQtGxJccUwECgsQhU4xl6JXXoWAl 1w6/TGQBZssXn8YPLRV8
aQ==

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.