

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ		CC:	63494389	
CORREO ELECTRÓNICO:	ELLACAMARGOF@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3107501493	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 24C N° 71 - 60		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102542776

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3122 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 29.790.000
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		



ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ
PS_3122_2025_0EF51D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ

CC: 63494389

CEL: 3107501493

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

ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ

CON C.C N°

63.494.389

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO NEFROLOGO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 3122 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

119.160.000

No. HORAS EJECUTADAS

240

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

387.270.000

VALOR DE HONORARIOS

\$

29.790.000

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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

LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. COMPRENEN SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA OFERTANDO CONSULTA DIARIA,

2

ATENDER DE FORMA PRESENCIAL INTERCONSULTAS EN HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA SANTA CLARA (SCL) HOSPITALIZACION PEDIATRIA SAN BLAS (SB),

3

UNIDADES NEONATALES HOSPITAL LA VICTORIA (HLV) MATERNO INFANTIL (HMI), URGENCIAS PEDIÁTRICAS SANTA CLARA, UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO E INTENSIVO PEDIÁTRICOS SANTA CLARA CON TERAPIAS SUSTITUTIVAS RENALES, URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE PACIENTES QUE REQUIERAN VALORACIÓN Y MANEJO DE LA ESPECIALIDAD;

4

SE EVALÚAN LAS INTERCONSULTAS DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA SUBRED DE FORMA PRESENCIAL GARANTIZANDO BRINDAR UN SERVICIO COMPLETO Y OPORTUNO Y DANDO INFORMACIÓN DIRECTA A LOS PADRES DE LOS PACIENTES.

5

MANEJO DE PACIENTES DE UNIDAD RENAL SUBRED CENTRO ORIENTE DE FORMA AMBULATORIA EN HEMODIÁLISIS

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° 9495767266

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO

ENTIDAD

FECHA DE PAGO

VALOR PAGADO

SALUD:

ALIANSA SALUD

2025/12/01

\$ 1.500.000

PENSIÓN:

COLPENSIONES

2025/12/01

\$ 2.040.000

RIESGOS LABORALES:

POSITIVA

2025/12/01

\$ 292.400

OTRO

TOTAL PAGADO

\$ 3.832.400

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



ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ

PS_3122_2025_OEF51D

ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ

CC: 63494389

FIRMA DE QUIEN VALIDA



VANESSA CORREDOR GUZMAN

PS_3122_2025_OEF51D

VANESSA CORREDOR GUZMAN

SUPERVISOR ALTERNO

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

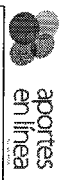


MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

PS_3122_2025_OEF51D

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 6394289		CAMARGO FLOREZ ELIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 24 c numero 71-50 4-304	BOGOTA-BOGOTA D. E.	3282828	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
Pension Salud									
2025-11		1971437079	I	2025/12/22	2025/12/01	BANCO DE BOGOTA		0	\$3.832,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NITE	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,040,000	\$0	\$0	\$2,040,000
COLPENSIONES	25-14	900.336,004	7	1	\$2,040,000	\$0	\$0	\$2,040,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$292,400	\$0	\$0	\$292,400
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860.011,153	6	1	\$292,400	\$0	\$0	\$292,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500,000	\$0	\$0	\$1,500,000
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EP5001	830.113,831	0	1	\$1,500,000	\$0	\$0	\$1,500,000
TOTAL				1	\$3.832,400	\$0	\$0	\$3.832,400



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

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO MARZO..pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO MARZO..pdf	Comprador	Descargar	Detalle

<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3122 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3122 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 3122 2025 CRP-7286.pdf	1 PS 3122 2025 CRP-7286.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 3122 2025 CRP-14875.pdf	2 PS 3122 2025 CRP-14875.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado)	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	.PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	.PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 3122 2025 CRP-18518.pdf	3 PS 3122 2025 CRP-18518.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 3122 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ELLA PATRICIA CAMARGO FLOREZ

NIT: 63494389-8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Calle 24 # 71-60TORRE 4 APT 304, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3107501493

Email. ellacamargof@gmail.com

Régimen Simple de Tributación - SIM

Autorización factura electrónica de venta No. 18764075363911 válida desde 2024-07-18 hasta 2026-07-18 rango desde FEEC301 hasta FEEC1000.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT : 900959051-7
Dirección: DIAGONAL 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6282828
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 31/12/2025
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

FEEC378

MONEDA: COP Colombia, Pesos**HORA EMISIÓN:** 13:51:35-05:00**FECHA FIRMADO:** 09/12/2025 13:51:39

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
09	12	2025	31	12	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	002	PRESTACION DE SERVICIOS PRESTACION DE SERVICIOS EN NEFROLOGIA PEDIATRICA CORRESPONDIENTE ALMES DE DICIEMBRE2025ENLA SUBRED CENTRO ORIENTE	WSD	240,00	\$124.125,00				0,00	\$29.790.000,00

Notas:

SON: (veintinueve millones setecientos noventa mil pesos)

CUFE: 53583fb3f22f90896b6ff9fc29a4238a8bc37d8cbfeed7ebef4d93fc21dc3cba146158789f6eae95d8a9a39f8fdc8539

Subtotal:	\$29.790.000,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$29.790.000,00

Firma Digital: LJV7kyQPm7FzpkHikjBDvv8Q6zeSABD7VWpIKc6ml6s+1UVo+0W9TIJzc7kjdD/U

IBS1dDSuYPXMiAnhC9cAld5ZNGo4iLw4i7CFMd7lganuKLwzF

mR71oQDfsoURUN I6Ond6PqjnSRhyP7sEsbQQPTnQuhicijy0a43fXnztz4VIVGZdUnbN1sfWTot8aK ZnLnihikS1gl5NfKdOdbdlkGG04QoljxwvO

QhWsYqA8VoLcQu86grGxj6A+m/OZe wzdxQkK9FKMgx5F0NZVXotN6KCKuKjX2DsNA/M8XON5PhKmG1BfKXZ/mM5P7WQzP HynLe7pGUh1HtIvU8IvO

RQ==

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.

