

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA PATRICIA MILLAN HENAO		CC:	1032418336
CORREO ELECTRÓNICO:	SMILE880707@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3204981529
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 N° 146 - 75		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 450600120643

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1902 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.231.515
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



LAURA PATRICIA MILLAN HENAO
 PS_1902_2025_CE3896

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO

CC: 1032418336

CEL: 3204981529

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

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO

CON C.C N°

1.032.418.336

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 1902 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.079.480	No. HORAS EJECUTADAS	35
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 50.411.634	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.231.515
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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 Intermedios 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 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.
20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales 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. Cumpló 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497588637	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 875.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/06	\$ 1.190.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	\$ 170.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.235.600

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



LAURA PATRICIA MILLAN HENAO
PS_1902_2025_CE3896

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO
CC: 1032418336

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1902_2025_CE3896

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1902_2025_CE3896

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF
CC 1032418316			MILLAN HERNAO LAURA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 # 146-75 apt 1201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2026/4/2888		949758637		I		2026/01/13	2026/01/06	BANCO DANWENDA			0	\$2,235,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
APP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,190,000	\$0	\$0	\$1,190,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,190,000	\$0	\$0	\$1,190,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$170,600	\$0	\$0	\$170,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$170,600	\$0	\$0	\$170,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$875,000	\$0	\$0	\$875,000
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$875,000	\$0	\$0	\$875,000
TOTAL				1	\$2,235,600	\$0	\$0	\$2,235,600

1902





[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 10:09:06

LAURA PATRICIA MI...



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](#)

Datos guardados

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? 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		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1902 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1902 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1902 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1902 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

<input type="checkbox"/>	5. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1902 2025 CRP-6492.pdf	1 PS 1902 2025 CRP-6492.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 1902 2025 CRP-11254.pdf	2 PS 1902 2025 CRP-11254.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1902 2025 CRP-15295.pdf	3 PS 1902 2025 CRP-15295.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	7. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	4 PS 1902 2025 CRP-19077.pdf	4 PS 1902 2025 CRP-19077.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	8. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	9. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	10. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	11. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS1902 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS1902 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO

NIT: 1032418336-2

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CR 11 146 75 AP 1201, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6013141584

Autorización facturación electrónica No. 18764094366604 válida desde 2025-06-13 hasta 2027-06-13 rango desde FEV101 hasta FEV200

Pertenezco al Régimen Simple de Tributación

DATOS DEL CLIENTE		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900959051	No. de Factura	FEV126
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	Fecha Emisión	21/01/2026 10:27:14-05:00
Dirección:	Diagonal 34 N° 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	Fecha Vencimiento	06/02/2026
Teléfono:	302329057	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago:	Crédito
		Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
		Fecha de Pago:	06/02/2026
		Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121291-9	SERVICIOS PROFESIONALES-MEDICO PEDIATRA Honorarios médico pediatra enero 2026	94	35,00	\$92.329,00				0,00	\$3.231.515,00
Impuesto Base Tarifa / Valor Nominal Importe						Subtotal:		\$3.231.515,00		
						Cargos:		\$0,00		
						Descuento:		\$0,00		
						Total:		\$3.231.515,00		

CUFE:	ccb5c0ed182b03c00fc30b79c5acdf1c093b82e136127e791df22462622a842907c4f9d39a3b61a252b5f27a1f8e07dd
Total con letra:	(tres millones doscientos treinta y un mil quinientos quince pesos)

Firma Digital: QIS8O1CunqVoGrc5KCI4+GSxmf0yMhXxPqv5VxPO7xuly+xrORPabrhOe0/EYCW0
xRCJbDKRt3KJzYe7o/sh0y4MPnrLqv0DzNedO++KGjwoazaae7
Dww7dg7aCH3/EZ 3d9DbAKFxNbgCVbuiC23S+0aKuu3qAETxMj2NwHL8KXJj+uyloai/LjQf2O51qT rxhqQrbDLXNaQuWxG0ZufX5msvyGVlqyQat
6OmeW1dFlJp/dnSFaHrtx/pP5x6f i93kvMmypoBQeRv+87iJyKbt8umLNVQ4HXAk22F3tRkMf/4D9X90xdwafX+mR wsYXYQSDTPsAZ+HG0ITo
8g==

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.

