**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: (31-01-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA** | | | **CC:** | **1102865748** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **DRA.ANDREAOLIVAHERRERA@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3002301337** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 87 N° 17 - 59** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488416298310** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1873 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 8.252.478** |
| **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** | | | | |

*ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA*
*PS_1873_2025_B6F145*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA**
**CC: 1102865748**
**CEL: 3002301337**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.102.865.748** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 1873 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 15.517.480 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **234** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 98.747.600 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 8.252.478 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | GUILLERMO RUBIO GUIZA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. Informo al paciente y sus familiares 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.<br>2. Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.<br>3. Realizó seguimiento y control a pacientes hospitalizados en los que se requiera su participación.<br>4. Emito conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.<br>5. Registro en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica, consentimiento informado realizados al paciente con sello y firma.<br>6. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido.<br>7. Diligencio y reporto oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.<br>8. Participó de forma activa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.<br>9. 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.<br>10. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.<br>11. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales<br>12. Cumplo oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.<br>13. Respeto los derechos del paciente, cumplo el código de ética medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.<br>14. Garantizo la reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. |

**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° 6002100657 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/01/05 | $ 365.300 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/01/05 | $ 467.600 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/01/05 | $ 71.200 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 904.100 |

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** | *ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA*<br>*PS_1873_2025_B6F145*<br>**ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA**<br>**CC: 1102865748** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1873_2025_B6F145*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *GUILLERMO RUBIO GUIZA*<br>*PS_1873_2025_B6F145*<br>**GUILLERMO RUBIO GUIZA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1102865748 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDREA MARGARITA OLIVA HERRERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 87 # 17 59 | TELÉFONO: | 2715538 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6002100657** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/01/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2059454087 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 467.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 467.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 365.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 365.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 71.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 71.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 904.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 904.100** |

Planilla Pagada

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1. PS 1873 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | 1. PS 1873 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. PS 1873 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | 2. PS 1873 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3.PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | 3.PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | 4. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 5. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | 5. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 1873 2025 CRP-6468.pdf | 1 PS 1873 2025 CRP-6468.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 1873 2025 CRP-11230.pdf | 2 PS 1873 2025 CRP-11230.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3 PS 1873 2025 CRP-15922.pdf | 3 PS 1873 2025 CRP-15922.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | 6. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 7. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | 7. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4 PS 1873 2025 CRP-19058.pdf | 4 PS 1873 2025 CRP-19058.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 8. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | 8. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 9. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | 9. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 10. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | 10. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 11. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | 11. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 12. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | 12. PS 1873 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >