

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA MILENA SALAMANCA TELLEZ			CC:	1032462967
CORREO ELECTRÓNICO:	AMSALAMANCAT@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3152363914
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 54 N° 64A - 75			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	73157637
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1667 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 10.980.000	
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 MILENA SALAMANCA TELLEZ PS_1667_2025_42FD15 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA MILENA SALAMANCA TELLEZ CC: 1032462967 CEL: 3152363914					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDREA MILENA SALAMANCA TELLEZ

CON C.C N°1.032.462.967

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 1667 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 69.758.208	No. HORAS EJECUTADAS	122
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 143.785.373	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.980.000
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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9496080278 - 9497881167	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/12/15	\$ 881.100
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/12/15	\$ 1.198.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/15	\$ 171.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.251.300

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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 MILENA SALAMANCA TELLEZ PS_1667_2025_42FD15 ANDREA MILENA SALAMANCA TELLEZ CC: 1032462967
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1667_2025_42FD15 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_1667_2025_42FD15 JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO



Andrea Milena Salamanca Téllez
NIT 1.032.462.967-6



Cra 54 64A 75
(601) 3152363914
Bogotá - Colombia
Amsalamancat@gmail.com

Factura electrónica de venta

Nº: AMS 53

Fecha y hora Factura

Cliente: Subred integrada de servicios de Salud Centro Ori .
Nit: 900.959.051-7
Teléfono: (601) 3444484
Dirección: Dg 34 3 14
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Generación 14/01/2026, 11:04
Expedición 14/01/2026, 11:04
Vencimiento 14/01/2026
Vendedor Andrea Salamanca
Centro de costo 0
Cotización

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de Servicio como Obstetra y Ginecóloga	122.00	10,980,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
Diez millones novecientos ochenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación \$ 10,980,000.00

Total Bruto	10,980,000.00
Total a Pagar	10,980,000.00

Observaciones:
Régimen Común
Consignar a Cuenta Ahorros Nu. 73157637

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 18764087076080 aprobado en 20250113 prefijo AMS desde el número 40 al 101 Vigencia: 6 Meses
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa CUFÉ:
b1ce709c8a6bde36d914b2615f01316269d53c4bf8d63f6244fde4cfd15d43d4acc10c3360d88d6a8e2e00f317d82b1c

Elaborado por

Firma recibido

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																								
Identificación			dv	Razon Social										Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF										
CC 1032462967				SALAMANCA TELLEZ ANDREA MILENA										INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			Cra 54 64a - 75 ET 1 T 7 AP 1204			BOGOTA-BOGOTA D.E.			2975480		No										
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																								
Periodo			Clave										Tipo		Fecha						Pago																			
Pensión		Salud		Pago			Planilla				Planilla			Limite			Pago			Banco				Dias Mora		Valor														
2025-12		2025-12		2080875743			9497881167				N			2026/01/19			2026/01/14			NU				0		\$1,810,800														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																								
EMPLEADO				NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFI								
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$5,625,000	\$970,600			\$5,625,000	\$703,100			\$0	\$0			\$5,625,000	\$137,100		\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$5,625,000	\$970,600			\$5,625,000	\$703,100			\$0	\$0			\$5,625,000	\$137,100		\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$5,625,000	\$970,600			\$5,625,000	\$703,100			\$0	\$0			\$5,625,000	\$137,100		\$0
1	CC	1032462967	SALAMANCA ANDREA								A	X									230901	30	(\$1,423,500)	(\$227,800)	EPS001	30	(\$1,423,500)	(\$178,000)		0	\$0	\$0	14-7	30	(\$1,423,500)	2.436%	(\$34,700)	0	\$0	
2	CC	1032462967	SALAMANCA ANDREA								C	X									230901	30	\$7,048,500	\$1,198,400	EPS001	30	\$7,048,500	\$881,100		0	\$0	\$0	14-7	30	\$7,048,500	2.436%	\$171,800	0	\$0	
Total Afiliados(1)																									\$5,625,000	\$970,600			\$5,625,000	\$703,100			\$0	\$0			\$5,625,000	\$137,100		\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$970,600	\$0	\$0	\$970,600
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	\$970,600	\$0	\$0	\$970,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$137,100	\$0	\$0	\$137,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$137,100	\$0	\$0	\$137,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$703,100	\$0	\$0	\$703,100
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$703,100	\$0	\$0	\$703,100
TOTAL				1	\$1,810,800	\$0	\$0	\$1,810,800

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1032462967		SALAMANCA TELLEZ ANDREA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54 64a - 75 ET 1 T 7 AP 1204	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2975480	No	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES													
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	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)																							\$5,568,000	\$890,900			\$5,568,000	\$696,000			\$0	\$0			\$5,568,000		\$135,700		\$0	\$0		\$1,722,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$5,568,000	\$890,900			\$5,568,000	\$696,000			\$0	\$0			\$5,568,000		\$135,700		\$0	\$0		\$1,722,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							\$5,568,000	\$890,900			\$5,568,000	\$696,000			\$0	\$0			\$5,568,000		\$135,700		\$0	\$0		\$1,722,600
1	CC	1032462967	SALAMANCA ANDREA							X										230301	30	\$5,568,000	\$890,900	EPS037	30	\$5,568,000	\$696,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$5,568,000	2.436%	\$135,700	0	\$0	\$0	No	\$1,722,600	
Total Afiliados(1)																							\$5,568,000	\$890,900			\$5,568,000	\$696,000			\$0	\$0			\$5,568,000		\$135,700		\$0	\$0		\$1,722,600

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922701663	9494650724	I	2025/11/19	2025/11/12	NU	0	\$1,722,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$890,900	\$0	\$0	\$890,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$890,900	\$0	\$0	\$890,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$135,700	\$0	\$0	\$135,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$135,700	\$0	\$0	\$135,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$696,000	\$0	\$0	\$696,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$696,000	\$0	\$0	\$696,000	
TOTAL				1	\$1,722,600	\$0	\$0	\$1,722,600	