

		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 CATHERINE GONZALEZ TORRES			CC:	52790903
CORREO ELECTRÓNICO:	ACGONZ@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3163094302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 48 50 AP 501			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870366616
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1744 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.450.000	
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 CATHERINE GONZALEZ TORRES PS_1744_2025_C149EC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES CC: 52790903 CEL: 3163094302					

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

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CON C.C N°

52.790.903

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO 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 1744 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 19.320.000	No. HORAS EJECUTADAS	30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 59.685.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.450.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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	Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.

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° 92478812	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/22	\$ 759.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/22	\$ 1.032.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/22	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.791.400

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 CATHERINE GONZALEZ TORRES

PS_1744_2025_C149EC

ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES

CC: 52790903

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1744_2025_C149EC

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_1744_2025_C149EC

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANDREA CATHERINE GONZALEZ TORRES	NIT:	52790903
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	diciembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	diciembre 2025
Número de Radicación:	92478812	Total a pagar:	\$1,939,400
Fecha de vencimiento:	05/01/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	22/12/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	2028786501
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$148,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$1,032,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$759,000
						\$1,939,400

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

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		
☐	1. PS 1744 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1744 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1744 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1744 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1744 2025 CRP-6354.pdf	1 PS 1744 2025 CRP-6354.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1744 2025 CRP-13487.pdf	2 PS 1744 2025 CRP-13487.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado)	PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1744 2025 CRP-18957.pdf	3 PS 1744 2025 CRP-18957.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12 PS 1744 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Espacio para
Logo Corporativo

Andrea Catherine González Torres
NIT 52.790.903-3
Carrera 13 # 48 - 50 apartamento 501
Tel: (316) 3094302
Bogotá - Colombia
acgonz@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. ACGT 140

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	Diagonal 34 # 3-14	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	26/01/2026, 13:53
Expedición	26/01/2026, 13:53
Vencimiento	26/01/2026

Ítem	Descripción	Vr. Unitario	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios por servicios profesionales prestados como medico anesthesiologo en la UMHES Santa clara.	115,000.00	30.00	3,450,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones cuatrocientos cincuenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 3,450,000.00

Observaciones:
Honorarios por servicios profesionales prestados como medica Anestesióloga del 01 de Enero al 31 de Enero de 2026.

Consignar Cuenta de ahorros - Davivienda: 004870366616

"NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE NI RETENCIÓN DE ICA, PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN, LEY 2277 DE 2022, D.U.R. 1468 DE AGOSTO DE 2019. Art. 911 E.T."

Total Bruto	3,450,000.00
Total a Pagar	3,450,000.00

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 18764094326448 aprobado en 20250612 prefijo ACGT desde el número 125 al 500 Vigencia: 24 Meses

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 3319446889fa3eec2821f28b689c1cdd080dca88bf0a898c01bf32637c12ff4830c47867835f539f2dfc3eb7066fadca

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML