


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ STHEFANY CHAVARRO TELLO		CC:	1125791783
CORREO ELECTRÓNICO:	DRACHAVARRO@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3005264020
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 135 7 41		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 17500001281

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1691 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 16.740.000
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		



LUZ STHEFANY CHAVARRO TELLO
PS_1691_2025_2805B8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUZ STHEFANY CHAVARRO TELLO

CC: 1125791783

CEL: 3005264020

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

LUZ STHEFANY CHAVARRO TELLO

CON C.C N°

1.125.791.783

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 1691 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 63.603.072	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 258.648.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 16.740.000
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO

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)

- | 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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° 9497538209	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 837.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/05	\$ 1.138.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	\$ 163.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.138.600


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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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	 <u>LUZ STHEFANY CHAVARRO TELLO</u> PS_1691_2025_2805B8 LUZ STHEFANY CHAVARRO TELLO CC: 1125791783
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <u>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</u> PS_1691_2025_2805B8 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <u>JORGE EDUARDO CARO CARO</u> PS_1691_2025_2805B8 JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a4283c856bf5035654746ecf08182b4c8a444d289ff3c8355f68f50f6c46fd49a47884e43b450b39c39689ee0cfb2f9b
Número de Factura: LSC-9
Fecha de Emisión: 21/01/2026
Fecha de Vencimiento: 20/02/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CHAVARRO TELLO LUZ STHEFANY
Nombre Comercial: CHAVARRO TELLO LUZ STHEFANY
Nit del Emisor: 1125791783
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 23 66 39 CON ATIKA TO 4 AP 202
Teléfono / Móvil: 3005264020
Correo: drachavarro@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Diagonal 34 N 5 - 43
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	002	HORAS TRABAJADAS TUR NOS	NIU	186,00	\$ 90.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 16.740.000,00

Notas Finales

TURNOS DE HORAS REALIZADAS EN EL MES DE ENERO
Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 21/01/2026 20:31:23
Documento validado por la DIAN:
 21/01/2026 20:31:23
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16740000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16740000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16740000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.740.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.740.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16.740.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764080062792 Rango desde: 1 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-09-23

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1125791783		CHAVARRO TELLO LUZ STHEFANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BOCAGRANDE EDIF QUINTO AVENIDA APTO 3C	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	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	2060340602	9497538209	I	2026/01/22	2026/01/05	BANCOLOMBIA	0	\$2,138,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte								
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,696,000	\$1,138,400			\$6,696,000	\$837,000					\$0	\$0			\$6,696,000	\$163,200		\$0	\$0						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,696,000	\$1,138,400			\$6,696,000	\$837,000					\$0	\$0			\$6,696,000	\$163,200		\$0	\$0						
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$6,696,000	\$1,138,400			\$6,696,000	\$837,000					\$0	\$0			\$6,696,000	\$163,200		\$0	\$0						
1	CC	1125791783	CHAVARRO LUZ	231001	30	\$6,696,000	\$1,138,400	EPS005	30	\$6,696,000	\$837,000	0		\$0	\$0	14-7	30	\$6,696,000	\$163,200	0	\$0	\$0							
Total Afiliados(1)					\$6,696,000	\$1,138,400			\$6,696,000	\$837,000					\$0	\$0			\$6,696,000	\$163,200		\$0	\$0						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1125791783		CHAVARRO TELLO LUZ STHEFANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BOCAGRANDE EDIF QUINTO AVENIDA APTO 3C	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	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	2060340602	9497538209	I	2026/01/22	2026/01/05	BANCOLOMBIA	0	\$2,138,600	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,138,400	\$0	\$0	\$1,138,400	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$1,138,400	\$0	\$0	\$1,138,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$163,200	\$0	\$0	\$163,200	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$163,200	\$0	\$0	\$163,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$837,000	\$0	\$0	\$837,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$837,000	\$0	\$0	\$837,000	
TOTAL				1	\$2,138,600	\$0	\$0	\$2,138,600	

Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	240.204.240,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	240.204.240,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 1 PS 1691 2025 CRP-6309.pdf	1 PS 1691 2025 CRP-6309.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1. PS 1691 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1691 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 10. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 11. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 .pdf	11. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 .pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 1691 2025 CRP-12116.pdf	2 PS 1691 2025 CRP-12116.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 2. PS 1691 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1691 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 1691 2025 CRP-13473.pdf	3 PS 1691 2025 CRP-13473.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 3.PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf	3.PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1-12 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 3.PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf	3.PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 13-31 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 4 PS 1691 2025 CRP-18918.pdf	4 PS 1691 2025 CRP-18918.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 4. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 5. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 6. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 7. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 8. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 9. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	9. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 12. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1691 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)