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: (28-02-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1580 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.216.950**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

LAURA PATRICIA MILLAN HENAO
PS_1580_2026_96AB3A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA PATRICIA MILLAN HENAO
CC: 1032418336
CEL: 3204981529

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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 COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1580 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 69.720.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**45**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 69.720.240	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.216.950
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral. 2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales. 3. Informar de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida. 4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención. 5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales. 6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido. 7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente. 8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud. 9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio. 10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales. 11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados. 12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones. 13. Cumplir con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato. 14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual. 15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1	16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato. 18. Cumplir con las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9498644289	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/02	$ 937.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/02	$ 1.275.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/02	$ 182.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.395.200

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_1580_2026_96AB3A* **LAURA PATRICIA MILLAN HENAO** **CC: 1032418336**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1580_2026_96AB3A* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1580_2026_96AB3A* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032418336		MILLAN HENAO LAURA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 # 146-75 apt 1201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	21905108	9498644289	I	2026/02/10	2026/02/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,395,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,500,000	$1,275,000			$7,500,000	$937,500			$0	$0			$7,500,000	$182,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,500,000	$1,275,000			$7,500,000	$937,500			$0	$0			$7,500,000	$182,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$7,500,000	$1,275,000			$7,500,000	$937,500			$0	$0			$7,500,000	$182,700		$0	$0
1	CC	1032418336	MILLAN LAURA	230301	30	$7,500,000	$1,275,000	EPS005	30	$7,500,000	$937,500		0	$0	$0	14-11	30	$7,500,000	$182,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$7,500,000	$1,275,000			$7,500,000	$937,500			$0	$0			$7,500,000	$182,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032418336		MILLAN HENAO LAURA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 # 146-75 apt 1201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	21905108	9498644289	I	2026/02/10	2026/02/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,395,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,275,000	$0	$0	$1,275,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,275,000	$0	$0	$1,275,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,700	$0	$0	$182,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$182,700	$0	$0	$182,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$937,500	$0	$0	$937,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$937,500	$0	$0	$937,500
TOTAL				1	$2,395,200	$0	$0	$2,395,200

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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 1902 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1902 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1902 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1902 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	5. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1902 2025 CRP-6492.pdf	1 PS 1902 2025 CRP-6492.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1902 2025 CRP-11254.pdf	2 PS 1902 2025 CRP-11254.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1902 2025 CRP-15295.pdf	3 PS 1902 2025 CRP-15295.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1902 2025 CRP-19077.pdf	4 PS 1902 2025 CRP-19077.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	8. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS1902 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS1902 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	13. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	13. PS 1902 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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	
NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	Diagonal 34 Nº 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	302329057
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FEV128
Fecha Emisión	11/02/2026 11:47:01-05:00
Fecha Vencimiento	05/03/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	05/03/2026
Total de Lineas:	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, febrero 2026	94	45,00	$93.710,00				0,00	$4.216.950,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$4.216.950,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$4.216.950,00

CUFE:	2fd7ee192b91d0a64d342df2f340f34768e004efbbb6e8364fc03749f82d50a1212fc247139a24c3e420c447fedafb85
Total con letra:	(cuatro millones doscientos dieciseis mil novecientos cincuenta pesos)

Firma Digital: azFhzbHB9RKSGojM3Mq/53nso56Xy7ccBRkm+HTZ4t5SucjVEZ71EobiHoXQxGgK
blkz8jYnCq88UhOwMUI1GvirzIXjNUeHEGyOEmoVtiYzc+HkP2
r56DabB2XCCioW lKUpdhmBPHNoXDSqmhQxgXlc6x58ijDZxo3Rzi/o1c/Be55vifj7H93IF3QMLBVD 9iHnfO4KBE/XAdU4SITywen07IS0V6Ntv/3
gsWB6CRlHLk9pO9nvMVBFeOPtJUtm K8GIrKCEY3nCiDV9lUo4iEux4MdGg2rk05GAG54wCw6wbecrtT+rk7rpPu2OdA9y lW9QvBR5FzwXQSSt7+fr
cQ==

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.