

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MILENA CORTES SOLO			CC:	53053936
CORREO ELECTRÓNICO:	smcortess@unal.edu.co			TELÉFONO:	3108499115
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 53 76 77			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000900064460
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2172 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.359.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31				
<div><div>SANDRA MILENA CORTES SOLO PS_2172_2026_49EE00</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA MILENA CORTES SOLO CC: 53053936 CEL: 3108499115</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
SANDRA MILENA CORTES SOLO				
CON C.C N°		53.053.936		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA FISIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2172 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 35.732.000	No. HORAS EJECUTADAS	60	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 35.732.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.359.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ			
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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.			
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.			
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.			
4	Participe en la programación de actividades del área.			
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.			
6	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.			
7	Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.			
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.			
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.			
10	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.			
11	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.			
12	REALICE 60 HORAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN. PROMEDIO 120 CONSULTAS			
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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1080139428	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2026/03/04	\$ 1.200.000	

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/04	\$ 1.632.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/04	\$ 100.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.932.300
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 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	<div><div>SANDRA MILENA CORTES SOLO</div><div>PS_2172_2026_49EE00</div><div>SANDRA MILENA CORTES SOLO</div><div>CC: 53053936</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</div><div>PS_2172_2026_49EE00</div><div>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-03-04, 04:17:16 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2026
Empresa	SANDRA MILENA CORTES SOTO
CEDULA CIUDADANIA	CC 53053936
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1080139428
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	111132145
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 2.932.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.632.000	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 1.200.000	\$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 100.300	\$ 0
SubTotales:				\$ 2.932.300	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 2.932.300



contrato

os guardados

ir

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ONTRATO

i del Contrato

itaje ☐ Recepción de artículos

agos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

☐ Sí ☒ No

igo	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
en resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					
Crear					

tos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
1. PS 2172 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 2172 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor
Descargar Detalle		
Borrar Cargar nuevo		