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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO**			**CC:**	**3736455**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NESTORDLC30@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204885082**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 53C 131A 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**16717102359**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2033 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 15.249.370**
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**				

NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO
PS_2033_2026_881E5D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO
CC: 3736455
CEL: 3204885082

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

NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO

CON C.C N°	**3.736.455**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA 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 2033 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**158**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.807.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 15.249.370
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 mi 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 el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
10	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11	REALICE 158 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA. PROMEDIO 474 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° 9501532033	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/18	$ 697.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/03/18	$ 893.100

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/03/18	$ 136.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.726.900

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	*NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO* *PS_2033_2026_881E5D* **NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO** **CC: 3736455**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ* *PS_2033_2026_881E5D* **SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO

NIT: 3736455-8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 160 72 51, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3204885082

Email. nestordlc30@hotmail.com

Autorización factura electrónica de exportación No. 18764100219009 válida desde 2025-10-16 hasta 2026-04-16 rango desde FEV-50 hasta FEV-500.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT : 900959051-7
Dirección: DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3023290575
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Fecha de Pago: 18/03/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE EXPORTACIÓN : **FEV - 55**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **12:33:45**
FECHA FIRMADO: **18/03/2026 12:33:47**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
18	03	2026	18	03	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SPM01	SERVICIOS PROFESIONALESMEDICO INTERNISTA CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE 01 A 31 DE MARZO 2026	WSD	1,00	$15.249.370,00				0,00	$15.249.370,00

Notas:
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 1 A 31 DE MARZO DE 2026_ 158H

SON: (quince millones doscientos cuarenta y nueve mil trescientos setenta pesos)
CUFE: b63db781de955eb877f62b08a1bfa295e808826f4c0672f1745e86ad2ab595351215a8a14969840e79cded0a660d78f6

Subtotal:	$15.249.370,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$15.249.370,00

Firma Digital: k8KdFKFSafGgruaUIY7aXl8am7zerR+LLGeHvGZYuls+JuOZn8DQz9+bOm8rgQ29
5FyMJi4SSp/RqOKbS3iSFejI5PShiXbGeJn6iIp0pDahXHtXwT
6Kw4Nc1w9uA+rx Keh/e/P60T9NP0hV4q5U1DrtTvxwZ/Bj1pZ7xJdBFiKIve9Ol6cz74sutKgR7f6p XK//1u1CZz7qtxihv1oWKRxl3aS9dWKUeB4
wjL43fmaIaQVANKnD5mxSuR8J7yiQ aPJzoOZUNOtNwfrpHKoWVPWJMsjIwMI7eyRy7J5FbzRvha9oiOBoUMYoGmXogisL 9kC8ou+vbfKQHOEfa0R6
tg==

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 Exportación Electrónica.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3736455		DELACRUZ QUIJANO NESTOR AURELIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL160 # 72 - 51 TORRE 2 AP 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8625424	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	150748038	9501532033	I	2026/03/12	2026/03/18	BANCOLOMBIA	6	$1,726,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

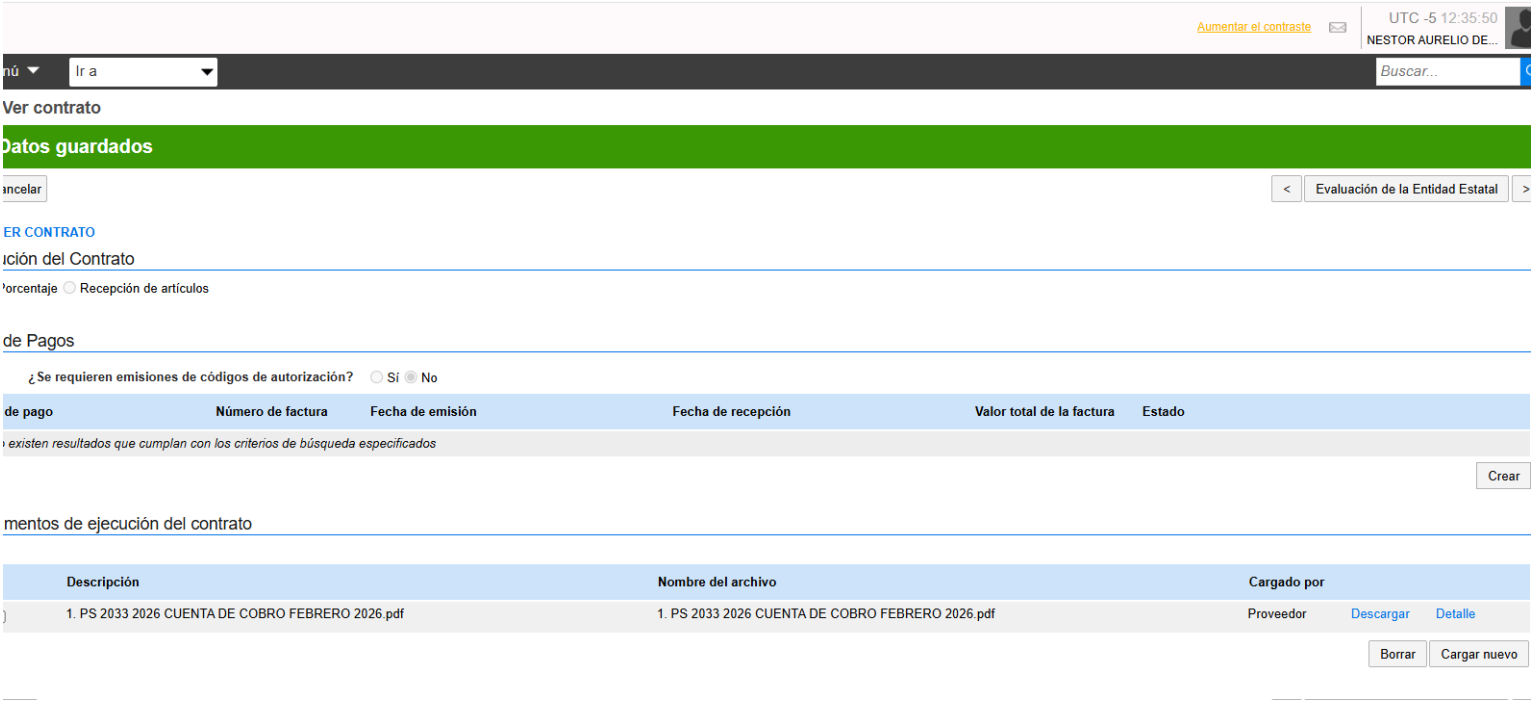
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$5,559,264	$889,500			$5,559,264	$695,000			$0	$0			$5,559,264		$135,500		$0	$0		$1,720,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$5,559,264	$889,500			$5,559,264	$695,000			$0	$0			$5,559,264		$135,500		$0	$0		$1,720,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$5,559,264	$889,500			$5,559,264	$695,000			$0	$0			$5,559,264		$135,500		$0	$0		$1,720,000
1	CC	3736455	DE LA CRUZ NESTOR								X									25-14	30	$5,559,264	$889,500	EPS005	30	$5,559,264	$695,000		0	$0	$0	14-23	30	$5,559,264	2.436%	$135,500	0	$0	$0	No	$1,720,000
Total	**Afiliados(1)**																					$5,559,264	$889,500			$5,559,264	$695,000			$0	$0			$5,559,264		$135,500		$0	$0		$1,720,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$889,500	$3,500	$0	$893,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$889,500	$3,500	$0	$893,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$135,500	$600	$0	$136,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$135,500	$600	$0	$136,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$695,000	$2,700	$0	$697,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$695,000	$2,700	$0	$697,700
TOTAL				**1**	**$1,720,000**	**$6,800**	**$0**	**$1,726,800**


Aumentar el contraste
UTC -5 12:35:50
NESTOR AURELIO DE...
Ir a
Buscar...
Ver contrato
Datos guardados
ancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
ER CONTRATO
ución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
mentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
1. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf 1. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo