

|                                                       |                              |                                                  |         |               |              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|---------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                 |                              |                                                  |         |               |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)               |                              |                                                  |         |               |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                  | DIANA PAOLA LINARES          |                                                  |         | CC:           | 52447987     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                   | DIPAOLIN@GMAIL.COM           |                                                  |         | TELÉFONO:     | 3042316807   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                  | CL 134 10A 40                |                                                  |         | CIUDAD:       | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                              | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:    | 006301219983 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO |                              |                                                  |         |               |              |
| N° DEL CONTRATO:                                      | PS 2032 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 16.214.520 |              |
| 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 |                                                  |         |               |              |



DIANA PAOLA LINARES  
PS\_2032\_2026\_2BCB36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
DIANA PAOLA LINARES  
CC: 52447987  
CEL: 3042316807

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

DIANA PAOLA LINARES

CON C.C N°

52.447.987

|                      |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 2032 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |     |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 71.807.160 | No. HORAS EJECUTADAS | 168 |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |               |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 71.807.160 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 16.214.520 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|---------------|

|                                         |                    |
|-----------------------------------------|--------------------|
| 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<br>(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 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   | REALIZO 168 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA. PROMEDIO 504 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° 9501397720 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:            | SURA          | 2026/03/13    | \$ 772.300       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                     |            |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/03/13 | \$ 988.500   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                     | 2026/03/13 | \$ 150.500   |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     |            |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                     |            | \$ 1.911.300 |
| 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>DIANA PAOLA LINARES</div><div>PS_2032_2026_2BCB36</div><hr/></div> <div>DIANA PAOLA LINARES</div> <div>CC: 52447987</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_2032_2026_2BCB36</div><hr/></div> <div>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |            |              |

Representación Gráfica

Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**  
462f009bb58a0f08d2214b6e37508d2c5659fe5aa4c3fbd599bb997895490948c8cb5222d54d04f599a03616d8e99d79

**Número de Factura:** DPL-161

**Fecha de Emisión:** 27/03/2026

**Fecha de Vencimiento:** 06/04/2026

**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito

**Medio de Pago:** Transferencia Débito Interbancario

**Orden de pedido:**

**Fecha de orden de pedido:**

Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** LINARES DIANA PAOLA

**Nombre Comercial:** LINARES DIANA PAOLA

**Nit del Emisor:** 52447987

**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 128 9 A 59 IN 3 AP 401 CON RECODO DEL COUNTRY

**Teléfono / Móvil:** 3042316807

**Correo:** dipaolin@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

**Tipo de Documento:** NIT

**Número Documento:** 900959051

**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica

**Régimen fiscal:** R-99-PN

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia

**Departamento:** Bogotá

**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.

**Dirección:** DIAGONAL 34 No 5-43

**Teléfono / Móvil:** 3282828

**Correo:** contabilidad7@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    | 85121000 | MEDICINA INTERNA OPS HORAS | NIU | 168,00   | \$ 96.515,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 16.214.520,00         |

Notas Finales

PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA MES DE MARZO 2026

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:  
27/03/2026 13:14:21  
Documento validado por la  
DIAN:  
27/03/2026 13:14:22  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0   |

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| Subtotal               | 16214520           |
| Descuento detalle      | 0,00               |
| Recargo detalle        | 0,00               |
| Total Bruto Factura    | 16214520           |
| IVA                    | 0,00               |
| INC                    | 0,00               |
| Bolsas                 | 0,00               |
| Otros impuestos        | 0                  |
| Total impuesto (=)     | 0                  |
| Total neto factura (=) | 16214520           |
| Descuento Global (-)   | 0,00               |
| Recargo Global (+)     | 0,00               |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 16214520 |

Valores informativos

|           |   |
|-----------|---|
| ANTICIPOS |   |
| Anticipos | 0 |

|             |      |
|-------------|------|
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO |     |

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| Subtotal               | 16.214.520,00           |
| Descuento detalle      | 0,00                    |
| Recargo detalle        | 0,00                    |
| Total Bruto Factura    | 16.214.520,00           |
| IVA                    | 0,00                    |
| INC                    | 0,00                    |
| Bolsas                 | 0,00                    |
| Otros impuestos        | 0,00                    |
| Total impuesto (=)     | 0,00                    |
| Total neto factura (=) | 16.214.520,00           |
| Descuento Global (-)   | 0,00                    |
| Recargo Global (+)     | 0,00                    |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 16.214.520,00 |

Valores informativos

|           |      |
|-----------|------|
| ANTICIPOS |      |
| Anticipos | 0,00 |

|             |      |
|-------------|------|
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

Numero de Autorización: 1876409333431 Rango desde: 151 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-05-20

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                     |                 |                    |                             |                     |                  |                       |             |
|-----------------------------------|---------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|-------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                   | Ciudad-Departamento | Teléfono         | Exonerado SENA e ICBF |             |
| CC 52447987                       |         | LINARES DIANA PAOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 134 # 10A 40 Apto 703 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7652552          | 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 | 136150364           | 9501397720      | I                  | 2026/03/19                  | 2026/03/13          | BANCO DAVIVIENDA | 0                     | \$1,911,300 |

| 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 |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |               |         |      | \$6,178,000 | \$988,500 |        |      | \$6,178,000 | \$772,300 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$6,178,000 | \$150,500    | \$0  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |               |         |      | \$6,178,000 | \$988,500 |        |      | \$6,178,000 | \$772,300 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$6,178,000 | \$150,500    | \$0  |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |               |         |      | \$6,178,000 | \$988,500 |        |      | \$6,178,000 | \$772,300 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$6,178,000 | \$150,500    | \$0  |
| 1                                                | CC 52447987    | LINARES DIANA | 25-14   | 30   | \$6,178,000 | \$988,500 | EPS010 | 30   | \$6,178,000 | \$772,300 |        | 0    | \$0 | \$0     | 14-23  | 30   | \$6,178,000 | \$150,500    | 0    |
| <b>Total Afiliados( 1)</b>                       |                |               |         |      | \$6,178,000 | \$988,500 |        |      | \$6,178,000 | \$772,300 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$6,178,000 | \$150,500    | \$0  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                     |                 |                    |                             |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52447987                   |    | LINARES DIANA PAOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 134 # 10A 40 Apto 703 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7652552  | 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 | 136150364 | 9501397720 | I        | 2026/03/19 | 2026/03/13 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$1,911,300 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$988,500          | \$0            | \$0                    | \$988,500          |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$988,500          | \$0            | \$0                    | \$988,500          |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$150,500          | \$0            | \$0                    | \$150,500          |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$150,500          | \$0            | \$0                    | \$150,500          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$772,300          | \$0            | \$0                    | \$772,300          |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)     | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$772,300          | \$0            | \$0                    | \$772,300          |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,911,300</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$1,911,300</b> |  |

er contrato

atos guardados

celar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CONTRATO

ión del Contrato

centaje ☐ Recepción de artículos

Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| 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                                                                         |                   |                  |                    |                           |        |

ientos de ejecución del contrato

| Descripción                                      | Nombre del archivo                               | Cargado por                                                 |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
|                                                  |                                                  | <div>Borrar Cargar nuevo</div>                              |