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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA**			**CC:**	**1052389281**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAUDIALOPEZBECERRA27@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3215572125**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CR 90A # 8-10. TORRE 4. APTO 413**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**69836810392**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1614 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 12.606.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA
PS_1614_2026_8531A9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA
CC: 1052389281
CEL: 3215572125

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			
CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA			
	CON C.C N°	**1.052.389.281**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 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 1614 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**108**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.847.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 12.606.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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. Se realizaron actividades , procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de Anestesiología: se realizó evaluación pre quirúrgica, se eligió el tipo de anestesia más apropiada para el paciente según las condiciones físicas y de acuerdo a la operación que fue efectuada, se indicaron los requerimientos específicos de anestesia para la programación de los procedimientos quirúrgicos, aplicando y voceando la lista de seguridad quirúrgica, se monitoreo a cada paciente de acuerdo a las normas más estrictas de seguridad y a las reglas internacionales y nacionales establecidas por las instituciones representativas de los anestesiólogos, se supervisó todo el proceso anestésico durante la intervención, se controló el bienestar y seguridad del paciente después de finalizada la misma, hasta el egreso de la unidad de cuidados post anestésicos; todo eto con un alto nivel científico, ético y humano, de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procuraron el mejoramiento de la salud del paciente. 2. Se brindó una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, así como se sugirieron cambios o modificaciones que pudieron unificar criterios a fin de realizar una atención integral adecuada y de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. 3. Se realizaron actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y fue requerido. 4. Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 5. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permitieron 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. 6. Se respetaron los derechos del paciente, se cumplió el código de Ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención. 7. Se realizó el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación y se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 8. Se emitieron conceptos médicos requeridos, de conformidad a mi especialidad, se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados. 9. Se diligenciaron en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. 10. Se garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 11. Se usaron de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporta al desarrollo de las actividades contratadas. 12. Se reportaron al área de recursos físicos activos fijos de la subred, los equipos de mi propiedad, que se destinaron a las actividades asistenciales. 13. Se garantizó la seguridad de los equipos que se encontraron bajo mi custodia. 14. Se apoyó la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.

1	15. Se prestó el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de EAPB. 16. Se notificaron los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención al paciente y se brindó apoyo en los análisis a los que fuí convocada, dispuesta si era necesario a implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 17. Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 18. Se apoyó en actividades de docencia de servicio en las actividades dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 19. Se dio asesoría a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 20. Asistí las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fuí convocado. 21. Se informó oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afectó el cumplimiento de mis obligaciones. 22. Se facilitaron las labores de supervisión, evaluación y control que la subred realizó en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros. 23. Se cumplió oportunamente con recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad. 24. Se acreditó inscripción en el Rethus, Mipres y Ruaf, soportando de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato. 25. Se portó el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 26. Se prestó servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. 27. Se participó en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6009614087	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/03/25	$ 1.449.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/25	$ 1.971.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/25	$ 282.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.703.100

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	*CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA* *PS_1614_2026_8531A9* **CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA** **CC: 1052389281**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1614_2026_8531A9* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1614_2026_8531A9* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052389281
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA LOPEZ BECERRA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA47 22A 99 EDIFICIO HELIANA	TELÉFONO:	3215572
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6009614087**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		165748589

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.971.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.971.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 1.449.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.449.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 282.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 282.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 3.703.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 3.703.100**

Planilla Pagada



CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA
NIT 1.052.389.281-3
CR 90A # 8-10. TORRE 4. APTO 413
Tel: (57) 3215572125
Bogotá - Colombia
claudialopezbecerra27@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FECL 7

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	27/04/2026, 17:01
Expedición	27/04/2026, 17:01
Vencimiento	10/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Hora servicio de Anestesiología	108.00	12,606,840.00

Total items: 1

Total Bruto	12,606,840.00
Total a Pagar	12,606,840.00

Valor en Letras:
Doce millones seiscientos seis mil ochocientos cuarenta pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-05-10 por $ 12,606,840.00

Observaciones:
NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE E ICA, PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS 69836810392 de Bancolombia a nombre de CLAUDIA LILIANA LÓPEZ BECERRA CC 1052389281 PERÍODO FACTURADO DEL: 01 AL 30 DE ABRIL DE 2026

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764104764602 aprobado en 20260118 prefijo FECL desde el número 1 al 50 Vigencia: 24 Meses Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 3f0864371141a49015ac42b0865bdccc661981ace7871213cf3454f8001a62850cbaf285ddc452ab6c51879a3ac8bca1