

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA		CC:	52717776
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELICAPALENCIAB@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3108683675
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 51 114A 43		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 004500097995

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1319 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 9.265.440
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA
 PS_1319_2026_5151D1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA

CC: 52717776

CEL: 3108683675

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

MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA

CON C.C N°

52.717.776

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA 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 1319 2026

FECHA INICIO CONTRATO

2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

71.807.160

No. HORAS EJECUTADAS

96

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

71.807.160

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

9.265.440

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082016644	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/05/12	\$ 463.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 593.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 90.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.146.600

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA

PS_1319_2026_5151D1

MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA

CC: 52717776

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1319_2026_5151D1

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_1319_2026_5151D1

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

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	2026-05-12, 03:16:21 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52717776
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082016644
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	302808343
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.146.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 593.000	\$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	\$ 463.300	\$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 90.300	\$ 0
			SubTotales:	\$ 1.146.600	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 1.146.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

 Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1319 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1319 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1319 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1319 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1319 2026 CRP -8594.pdf	1 PS 1319 2026 CRP -8594.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1319 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1319 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



No somos Gran Contribuyente
 No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
 No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta E - 169

Representación Gráfica
 Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
 No. 18764087094130 de 13/01/2025 - 13/07/2026 autoriza E - 132 a E - 500

Tipo de Operación Estandar
 Fecha de Generación 12/05/2026 08:34
 Fecha de Vencimiento 12/05/2026 08:34
 Fecha de Validación 12/05/2026 08:34
 Forma de Pago Contado
 Medio de Pago Consignación bancaria
 Moneda COP



DATOS DEL EMISOR

Razón Social María Angélica Palencia Boada
 CC 52717776
 Obligación IVA
 Email angelicapalenciab@gmail.com
 Teléfono 3108683675
 Dirección Fiscal CRA 51 A NO. 127-75 AP 102 T 3, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
 NIT 900959051
 Obligación NO APLICA
 Email radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
 Teléfono 3444484
 Dirección DIAGONAL 34 NO 5-45
 Ciudad, Depart. BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	0102	Honorarios Profesionales	1	EA	\$9,265,440.00	IVA 0%	\$9,265,440.00	\$9,265,440.00
							Subtotal	\$9,265,440.00
							IVA 0%	\$0.00
							Total a Pagar	\$9,265,440.00

Pago honorarios como médico internista, Hospital Santa Clara, por 96 Horas, correspondientes al mes de Mayo de 2026
 Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE