

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ	<b>CC:</b>	1052392486
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	ALEJABONZA@HOTMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b>	3213184181
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 25 # 32A 41	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS
		<b>N° CUENTA:</b>	474700039628

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1415 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 22.472.100
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/06/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ  
 PS\_1415\_2026\_8AECB1

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ

CC: 1052392486

CEL: 3213184181

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

**EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ**

**CON C.C N°**

**1.052.392.486**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1415 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 67.964.400	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>246</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 106.148.700	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 22.472.100
---	----------------	--	---------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CINCO (5) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL LA VICTORIA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** JORGE EDUARDO CARO CARO

**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 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes.</li> <li>2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.</li> <li>3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.</li> <li>4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.</li> <li>5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.</li> <li>6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.</li> <li>7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.</li> <li>8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros.</li> <li>9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.</li> <li>10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.</li> <li>11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.</li> <li>12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.</li> <li>13. reportar los eventos de notificación obligatoria.</li> <li>14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.</li> <li>15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.</li> <li>16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.</li> <li>17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones</li> <li>18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.</li> <li>19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.</li> <li>20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.</li> <li>21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales</li> <li>22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred</li> <li>23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .</li> <li>24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio</li> </ol> |
|---|--|

**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.***

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------	-----------------------------------	-----------	-----------

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° 85964040	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/26	\$ 1.014.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/26	\$ 1.379.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/26	\$ 197.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.590.900</b>


**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 afiliacion 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <u>EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ</u> PS_1415_2026_8AECB1 <b>EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ</b> <b>CC: 1052392486</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <u>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</u> PS_1415_2026_8AECB1 <b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <u>JORGE EDUARDO CARO CARO</u> PS_1415_2026_8AECB1 <b>JORGE EDUARDO CARO CARO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>
--	---



**EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ**  
 NIT 1.052.392.486-7  
 CL 25 N 32A 41 INT 3 APTO 302  
 Tel: (57) 3213184181  
 Bogotá - Colombia  
 alejabonza@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
 No. FE 62

<b>Señores</b>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
<b>NIT</b>	900.959.051-7	<b>Teléfono</b>	(601) 3444484
<b>Dirección</b>	DG 34 3 14	<b>Ciudad</b>	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
<b>Generación</b>	26/05/2026, 12:42
<b>Expedición</b>	26/05/2026, 12:42
<b>Vencimiento</b>	26/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios Ginecología mayo 2026	1.00	22,472,100.00

**Total items: 1**

**Valor en Letras:**

Veintidos millones cuatrocientos setenta y dos mil cien pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Efectivo - Efectivo \$ 22,472,100.00

**Observaciones:**

Régimen simple de tributación

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 18764107575171 aprobado en 20260323 prefijo FE desde el número 60 al 1000 Vigencia: 6 Meses**

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 6X1000  
**CUFE:** 3a6173833cad3b73514064994cad3693090cc2c31c2a314b28a3efd413989a7fd1572fbc6426c2842bb15d4af50a5a9

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052392486	EDNA ALEJANDRA BONZA GONZALEZ		Calle 25#32a-41 interior 3 apto 302	3213184181	alejabonza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85964040	26/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.598.700	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.014.000	0		0		0	4	3.000	0	1.017.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.298.000	0	0	40.600	40.600	4	3.800	400	1.383.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	197.700				197.700	4	600	198.300		1.977	198.300	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	4	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	4	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.014.000	1.017.000
Pensión	1	1.379.200	1.383.400
Riesgos Laborales	1	197.700	198.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.590.900</b>	<b>2.598.700</b>

