

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY XIMENA PEÑA PARDO		CC:	1019065431	
CORREO ELECTRÓNICO:	XIMENAPARDO2716@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3142142099	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 63 75 35		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488447292886

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1430 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 19.183.500
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		



LEIDY XIMENA PEÑA PARDO  
PS\_1430\_2026\_2A7543

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY XIMENA PEÑA PARDO

CC: 1019065431

CEL: 3142142099

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

**LEIDY XIMENA PEÑA PARDO**

**CON C.C N° 1.019.065.431**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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 1430 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>210</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 96.831.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 19.183.500
---	---------------	--	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JORGE EDUARDO CARO CARO
-------------------------------	-------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (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° 82984407	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/13	\$ 959.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/13	\$ 1.304.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/13	\$ 187.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.450.800</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>	 <p><i>LEIDY XIMENA PEÑA PARDO</i> PS_1430_2026_2A7543</p> <hr/> <p><b>LEIDY XIMENA PEÑA PARDO</b> <b>CC: 1019065431</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> PS_1430_2026_2A7543</p> <hr/> <p><b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>JORGE EDUARDO CARO CARO</i> PS_1430_2026_2A7543</p> <hr/> <p><b>JORGE EDUARDO CARO CARO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	--

**LEIDY XIMENA PEÑA PARDO**

NIT: 1019065431 - 0

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: Calle 95 N 71-87 torre 1 apto 1404, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3142142099

Email. XIMENAPARDO2716@GMAIL.COM

NO APLICAR RETENCIONES PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Autorización factura electrónica de venta No: 18764075172358 válida desde 2024-07-16 hasta 2026-07-16 rango desde FE1 hasta FE200

**Nombre/Razón Social:** Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E**NIT:** 900959051**Dirección:** Diagonal 34 5-43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia**Teléfono:** 6013444484**Email:** ginecologialavictoria@subredcentrooriente.gov.co**Forma de pago:** Crédito**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria**Fecha de Pago:** 10/06/2026**Total de Lineas:** 1**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** FE27**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 08:08:56**FECHA FIRMADO:** 13/05/2026 08:08:57

## FECHA DE EMISIÓN

DIA	MES	AÑO
13	05	2026

## FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO
10	06	2026

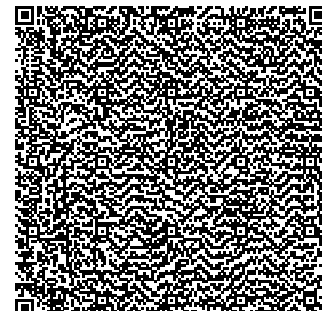
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	HO-001	Honorarios médico ginecólogo y obstetra	94	210,00	\$91.350,00				\$0,00	\$19.183.500,00

**Notas:** Honorarios médico Ginecólogo y obstetra Mayo 2026**SON:** (diecinueve millones ciento ochenta y tres mil quinientos pesos cero centavos)**CUFE:** 54867c88e6b75bc6c9dc04a531849ef038c9e68e177aeb2a72fd778e6bc7e4853fb03741d8dacb629f4927c9fd0667e6

<b>Subtotal:</b>	\$19.183.500,00
<b>Cargos:</b>	\$0,00
<b>Descuentos:</b>	\$0,00
<b>Total:</b>	\$19.183.500,00

**Firma Digital:** Dir6G5WzhDtOWwHNRviUy26btFot5d/2btI0KXT8/sB9ajl91mZ/Hn4yP0SJeuva9GrO7EO7kYEJcB/BqYugmnVgmYhchZYtym9uikklBrfX+T2mjb6iS3tPabld2knzIJRrt7qQVnho0qtiBUOPQYcJVziXd5jWkbQZl2igmu7DZ4cuvS07mgmLCePqHkRrUHx65XNdRiv9Gx+4kGuszkbAUuPBWV+DYT0reUTyqF3h34UEZuxlCjhPBJEQNS1sxNjIEplqypKgVTnJhRn7GbwM9eJun/fsF17sfBFSgSRjtP5vT5tGX0y3UgVp2JM+Lv8bfO7YdQo5jzHPm6kA==

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 Electrónica de Venta..**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019065431	LEIDY XIMENA PEÑA PARDO		CL 95 71 87	3142142099	XIMENAPARDO2716@GMAIL.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
		82984407	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.454.500	

## 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	959.200	0		0		0	2	1.400	0	960.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.227.800	0	0	38.400	38.400	2	1.800	200	1.306.600	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	187.000				187.000	2	300	187.300			1.870	187.300	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	2	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	2	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	959.200	960.600
Pensión	1	1.304.600	1.306.600
Riesgos Laborales	1	187.000	187.300
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>2.450.800</b>	<b>2.454.500</b>

