

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA		CC:	38363575	
CORREO ELECTRÓNICO:	LORE_MERCHAN@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3107605229	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 68 5 17 TO 4 AP 819		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	86949553720

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1403 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 22.472.100
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		



CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA
PS_1403_2026_52047E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA

CC: 38363575

CEL: 3107605229

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

CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA

CON C.C N°

38.363.575

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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **PS 1403 2026** **FECHA INICIO CONTRATO** **2026/02/01**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **67.964.400** **No. HORAS EJECUTADAS** **246**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **112.725.900** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **22.472.100**

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: **HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

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
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.
 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.
 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.
 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.
 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.
 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.
 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.
 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.
 9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
 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.
 11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.
 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.
 13. reportar los eventos de notificación obligatoria.
 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.
 15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
 16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
 17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
 18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.
 19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
 20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.
 21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales
 22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred
 23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .
 24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio

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° 9504604297	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/05/12	\$ 1.123.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/12	\$ 1.528.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 219.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.871.000


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	 <p><i>CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA</i> PS_1403_2026_52047E</p> <hr/> <p>CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA CC: 38363575</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> PS_1403_2026_52047E</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>JORGE EDUARDO CARO CARO</i> PS_1403_2026_52047E</p> <hr/> <p>JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e7cf23eb7e4838da82d37953cdbaf92b2f2814dab33fcadcdbb7c81dfba23be1a5201f766af5e6d08a2004bf3954dfee
Número de Factura: FE-81
Fecha de Emisión: 12/05/2026
Fecha de Vencimiento: 12/05/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MERCHAN PADILLA CLAUDIA LORENA
Nombre Comercial: MERCHAN PADILLA CLAUDIA LORENA
Nit del Emisor: 38363575
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 68 5 17 TO 4 AP 819
Teléfono / Móvil: 3107605229
Correo: lore_merchan@hotmail.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: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 3 14
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo: radicacionfacturaelectronica@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	Servicios Medicos	Servicios ginecológicos u o bstétricos	HUR	246,00	\$ 91.350,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 22.472.100,00

Notas Finales

Servicios especializados en Ginecología y Obstetricia del mes de Mayo de 2026 Contrato PS 1403 2026
Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 12/05/2026 00:09:34
Documento validado por la DIAN:
 12/05/2026 00:09:34
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	22472100
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	22472100
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	22472100
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 22472100

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	22.472.100,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	22.472.100,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	22.472.100,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 22.472.100,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764104841783 Rango desde: 77 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-07-21

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,528,300	\$0	\$0	\$1,528,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$1,528,300	\$0	\$0	\$1,528,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$219,000	\$0	\$0	\$219,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$219,000	\$0	\$0	\$219,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,123,700	\$0	\$0	\$1,123,700
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$1,123,700	\$0	\$0	\$1,123,700
TOTAL				1	\$2,871,000	\$0	\$0	\$2,871,000