**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: (31-05-2026)** | | | | | |
| **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** | | | **$ 15.408.360** |
| **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 LILIANA LOPEZ BECERRA*
*PS_1614_2026_E72A33*

**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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**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** | **132** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 86.847.120 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 15.408.360 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) 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**<br>**(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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>10. Se garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.<br>11. Se usaron de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporta al desarrollo de las actividades contratadas.<br>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.<br>13. Se garantizó la seguridad de los equipos que se encontraron bajo mi custodia.<br>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.<br>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.<br>17. Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.<br>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.<br>19. Se dio asesoría a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.<br>20. Asistí las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fuí convocado.<br>21. Se informó oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afectó el cumplimiento de mis obligaciones.<br>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.<br>23. Se cumplió oportunamente con recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad.<br>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.<br>25. Se portó el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.<br>26. Se prestó servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.<br>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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 6018678683 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/05/06 | $ 1.323.400 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/05/06 | $ 1.799.900 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/05/06 | $ 257.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 3.381.200 |

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*<br>*PS_1614_2026_E72A33*<br>**CLAUDIA LILIANA LOPEZ BECERRA**<br>**CC: 1052389281** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1614_2026_E72A33*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *SAUL ARDILA DURAN*<br>*PS_1614_2026_E72A33*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**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: | **6018678683** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/05/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 284072216 |

## 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 | $ 1.799.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.799.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 1.323.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.323.400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 257.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 257.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 3.381.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 3.381.200** |

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 9**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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** | 28/05/2026, 21:26 |
| **Expedición** | 28/05/2026, 21:26 |
| **Vencimiento** | 10/06/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Hora servicio de Anestesiología | 132.00 | 15,408,360.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 15,408,360.00 |
| **Total a Pagar** | 15,408,360.00 |

**Valor en Letras:**
Quince millones cuatrocientos ocho mil trescientos sesenta pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-06-10 por $ 15,408,360.00

**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 31 DE MAYO 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**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** 9cd26f27d7a1ab057e17cee012e8fd4fe2068ee8cb536e4e234bd3f09d24876f430028263419b4ba6b3b319addd5d606