

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CINDY CAROLINA ABRIL RINCON		CC:	1022374953	
CORREO ELECTRÓNICO:	CARO.CABRIL@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3112175328	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRANSVERSAL 55A N° 137 - 87		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0570005570380484

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1514 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 10.682.940
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		



CINDY CAROLINA ABRIL RINCON
PS_1514_2026_AF7EDF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CINDY CAROLINA ABRIL RINCON

CC: 1022374953

CEL: 3112175328

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

CINDY CAROLINA ABRIL RINCON

CON C.C N° 1.022.374.953

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA 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 1514 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 69.720.240	No. HORAS EJECUTADAS	114
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 69.720.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.682.940
---	---------------	--	---------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
-------------------------------	--------------------------------

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 DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, GARANTIZANDO UNA ATENCION OPORTUNA, SEGURA, EMPATICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, RESPETANDO SU DIGNIDAD, AUTONOMIA, CREENCIAS, VALORES Y NECESIDADES BIOPSIOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 2. BRINDAR ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO 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 CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOVRIENDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA. 4. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES APLICABLES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 5. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL MEDIANTE LA COMUNICACION EFECTIVA DE LA INFORMACION CLINICA 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; ASI COMO, LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS, INCLUYENDO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS SOPORTES EXIGIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PRESERVANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES. 6. CONTRIBUIR EN INVESTIGACIONES CLINICAS, ESTUDIOS DE CASOS Y ANALISIS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCION Y A LA RESOLUCION DE PROBLEMATICAS PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN SERVICIO Y FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA REQUERIDO. 7. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE PRESENTEN DURANTE LA ATENCION, PARTICIPANDO EN LOS ANALISIS Y EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS. ASI COMO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CONFORME A LOS TIEMPOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 9. PRESTAR LOS SERVICIOS CONFORME A LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS CON LA SUPERVISION DEL CONTRATO, INFORMANDO OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE PUEDA AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, FACILITANDO LA ADOPCION DE MEDIDAS QUE GARANTICEN LA PRESTACION DEL SERVICIO. 10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 11. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 12. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA 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 SUPERVISION DEL CONTRATO. 14. ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE A JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y DEMAS ESPACIOS INSTITUCIONALES A LOS QUE SEA CONVOCADO, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 15. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS

1

SUMINISTRADOS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS. RESPONDER POR LA REPOSICION O REPARACION DE EQUIPOS CUANDO EL DAÑO SEA ATRIBUIBLE A NEGLIGENCIA O USO INADECUADO; EJERCENDO SU CUSTODIA ENTENDIDA COMO LA RESPONSABILIDAD POR SU CUIDADO, CONSERVACION, USO ADECUADO CONTROL Y SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCA BAJO SU ASIGNACION Y USO. REPORTAR AL AREA CORRESPONDIENTE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA DESTINADOS A LA ATENCION ASISTENCIAL. 16. ACREDITAR INSCRIPCION Y HABILITACION VIGENTE EN RETHUS, MIPRES Y RUAF DE ACUERDO A SU OBJETO CONTRACTUAL. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCION 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 DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL Y AQUELLAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION.

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° 78875394	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/21	\$ 562.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/21	\$ 720.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/21	\$ 109.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.392.200

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



CINDY CAROLINA ABRIL RINCON
PS_1514_2026_AF7EDF

CINDY CAROLINA ABRIL RINCON
CC: 1022374953

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1514_2026_AF7EDF

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1514_2026_AF7EDF

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

CINDY CAROLINA ABRIL RINCON

NIT: 1022374953-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas
-IVA
Tipo de persona: Natural
TV 55 A 13787 BL 2 AP 803, Bogotá D.C., Bogotá,
Colombia
Tel. 3004929823

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. de Factura	FV61
Fecha Emisión	19/05/2026 20:49:18
Fecha Vencimiento	19/06/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	19/05/2026 20:49:20

Autorización facturación electrónica No. 18764104127666 válida desde 2025-12-31 hasta 2026-06-30 rango desde FV54 hasta FV200.

DATOS DEL RECEPTOR

NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3023290575
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito
Fecha de pago:	19/06/2026
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						Nom.	% o Val.	Monto .		
1	HM	HONORARIOS MEDICOS PRESTADOS POR LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA	MV	114,00	\$93.710,00				0,00	\$10.682.940,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$10.682.940,00
				Cargos:	\$0,00
				Descuento:	\$0,00
				Total:	\$10.682.940,00
Son:	(diez millones seiscientos ochenta y dos mil novecientos cuarenta pesos)				
CUFE:	b0c4487d0c4ee9ec4dfa3489f92a85e4dabc07c81ffe0f1957f2aedaf40de9f12ce1e82ee279d0004afcb59bb4f8d3e1				
Notas:	PRESTADOS EN EL MES DEMAYO 2026				

Firma Digital: ovpSPVwCYboqCzxE2NpVxutKHV6ShoStfJm166qstRbCMD2IG9qCd6VvR3q3YUEs
t9mpNtdFTU37ikVZxqDXq5H8d00qt/DiWbbuu10ObrVDBny+O4
Q4Bx51gARGBrFz 13V6T3VgFko0jmAboRCID9X9jcyWnFogvQalKyYrSgGsGatljSiyAufxVPsh3M br7QNN+nGXaa9Dwfc0XE/EZq+9dWhqbEVOy
cnkyXqzWvC4EKB4Wcvdu4L19KEr1 VPH3pvO2itZ4uyioW4SuDQRM4nGpQI7K7N55q8a6sXWotfnvu9TCABykXdtC4Ecd H1hNbKnVI83jxzDdeD7G
Ug==

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 de Venta Electrónica.

