Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SAN VIVENTE
NIT: 860024026
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: 15641londoño
Secuencia: .
Número de cuenta a debitar: 33294844461

Fecha: 05-01-2026 **Hora:** 09:58:16
Fecha de Generación: 05-01-2026

Fecha de envío del pago: 31-12-2025
Fecha para Procesar el pago: 31-12-2025

Impreso por: 860024026

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $5,908,000.00	**Valor Registros Procesados:** $5,908,000.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
91227659781	Ahorros	52498305	LONDO O CARRE O CL	5,908,000.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	31-12-2025

FECHA: 30/12/2025 5,908,000.00

.ONDOÑO CARREÑO CLAUDIA CECILIA CC ó Nit: 52498305

:INCO MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE

ransferencia Desde BanColombia Cuenta No. : 33294844461 Hacia: BanColombia Cuenta No. 91227659781

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

NIT: 860024026-5 **COMPROBANTE DE EGRESO No.**

Carrera 6 N° 9 - 40 Sur Tel. Teléfono Conmutador: ? PBX: Citas 301 2 **15641**

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1895	2188	756	693	2.4.5.02.09.011	CONVENIO 891-2025 MEDICO EN TU TERRITORIO	5,908,000.00
					TOTAL	**5,908,000.00**

DETALLE DE LA CAUSACION

Nro	Descripcion	Prefijo	N° Fact	Fecha	ValorTotal
18628	SERVICIOS PRESTADOS MES DE DICIEMBRE DE 2025 - SEGUN CONTRATO	FACT	196	12/23/2025	5,908,000.00
			TOTAL		**5,908,000.00**

DETALLE DEL GIRO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100618	CTA 332948444-61 MEDICO TU TERRITORIO	0.00	5,908,000.00
24905401	HONORARIOS	5,908,000.00	0.00
	SUMAS IGUALES	**5,908,000.00**	**5,908,000.00**

DESCRIPCION:

PAGO SERVICIOS SEGUN CONTRATO # 427 DE 2025.

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON - CUND.
PAGO POR TRANSFERENCIA
Nuestro Hospital Seguro y Humano

Gerente **Subgerente Administrativo y Financiero** **Firma y Sello del Beneficiario**

CC O NIT

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
NIT: 860024026-5
Carrera 6 N° 9 - 40 Sur Tel. Teléfono Conmutador: ? PBX: Citas 301 2

DOCUMENTO EQUIVALENTE DECRETO 522 DE 1993 ART. 3

18628

Fecha: **23/12/2025**

Nit: 52498305 **DV:** LONDOÑO CARREÑO CLAUDIA CECILIA
Autorretenedor NO **Regimen** Regimen Simplificado
Contribuyente: NO **Factura:** 196
I. C. A. : NINGUNA

Fecha Factura: 15/12/2025 1:41:0
No. Contrato 427
Retencion:

Concepto:
SERVICIOS PRESTADOS MES DE DICIEMBRE DE 2025 - SEGUN CONTRATO

CONCEPTOS

Concepto	Descripcion	Valor
999	73140201-HONORARIOS	5,908,000
06	24905401 HONORARIOS	5,908,000

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncinal	Lugar	Nit	Debito	Credito
73140201	0507	05	01	52498305	5,908,000	0
24905401				52498305	0	5,908,000
				TOTAL OPERACION:	**5,908,000**	**5,908,000**

DETALLE PRESUPUESTAL

CDP	RP	OBLIGA	LUGAR	RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
693	756	2,188	01	2.4.5.02.09.011	CONVENIO 891-2025 MEDICO EN TU TERRITORIO	5,908,000
					Total :	5,908,000

OLGA LUCIA ACOSTA RINCON
Elaboró por

Revisado por
Contabilidad

Vo.Bo. Subgerencia Administrativa

Vo.Bo. Gerencia

HOSPITAL DE NEMOCÓN	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GAD-CTT-FM-07
	GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 1
	FORMATO INFORME SUPERVISORES	FECHA: JUL 2020

INFORME SUPERVISIÓN	
FECHA	Miercoles, 24 de Diciembre de 2025
CONTRATO No	427 DE 2025
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD, EN EL MARCO DEL CONVENIO SS- CD-CVI-891-2025 SUSCRITO POR LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN.

DATOS DEL CONTRATO			
CONTRATISTA	CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52498305		
RUT	8692		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	19/11/2025	FECHA DE INICIO	19/11/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025	FECHA DE CORTE	DICIEMBRE
PRÓRROGA 1		PRÓRROGA 2	

EJECUCIÓN FINANCIERA	
DESCRIPCIÓN	CONTRATADO
VALOR INICIAL	$ 5,908,000
ADICIÓN 1	
ADICIÓN 2	

PAGO	FECHA	No. DE FACTURA	EJECUTADO
PAGO 1	24-dic-25	21	$ 5,908,000
PAGO 2			
PAGO 3			
PAGO 4			
PAGO 5			
PAGO 6			
PAGO 7			
PAGO 8			
PAGO 9			
PAGO 10			
PAGO 11			

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$	5,908,000
VALOR EJECUTADO	$	5,908,000
VALOR POR EJECUTAR	$	-

DOCUMENTACIÓN RECIBIDA		
DOCUMENTOS ALLEGADOS	MARQUE CON UNA X	N° DE FOLIOS
Factura o cuenta de cobro	X	1
Informe de actividades	X	3
Planilla de pago seguridad social	X	1
Anexos	X	1

SOPORTE DE PAGO DE SALUD PENSIONES Y ARL			
No de planilla	Fecha de pago	Periodo pagado	Valor pagado
92359205	15/12/2025	DICIEMBRE	$ 8,209,300

CONCEPTO DE SUPERVISIÓN
Teniendo en cuenta que no se encontraron falencias y que el contratista dio cumplimiento a las obligaciones, se emite un concepto **FAVORABLE** para el pago.
JAIRO MIGUEL MARTINEZ SABIO
SUPERVISOR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52498305	CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO		CL 163 A 13 B 60	8141160	CLACLOND@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	15/12/2025	92359205	$8.209.300	

:TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52498305	LONDOÑO CARREÑO CLAUDIA CECILIA	59	0			N																	230301	24.047.830	3.847.700	0	0	120.300	168.400	EPS008	24.047.830	3.006.000	14-11	24.047.830	3	585.900	CCF24	24.047.830	481.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52498305	CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO	CL 163 A 13 B 60	8141160	CLACLOND@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	15/12/2025	92359205	$8.209.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	3.006.000	0		0		0	0	0	0	3.006.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	3.847.700	0	0	120.300	168.400	0	0		4.136.400	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	585.900				585.900	0	0	585.900			5.859	585.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	481.000	0	0	481.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	3.006.000	3.006.000
Pensión	1	4.136.400	4.136.400
Riesgos Laborales	1	585.900	585.900
CCF	1	481.000	481.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	8.209.300	8.209.300

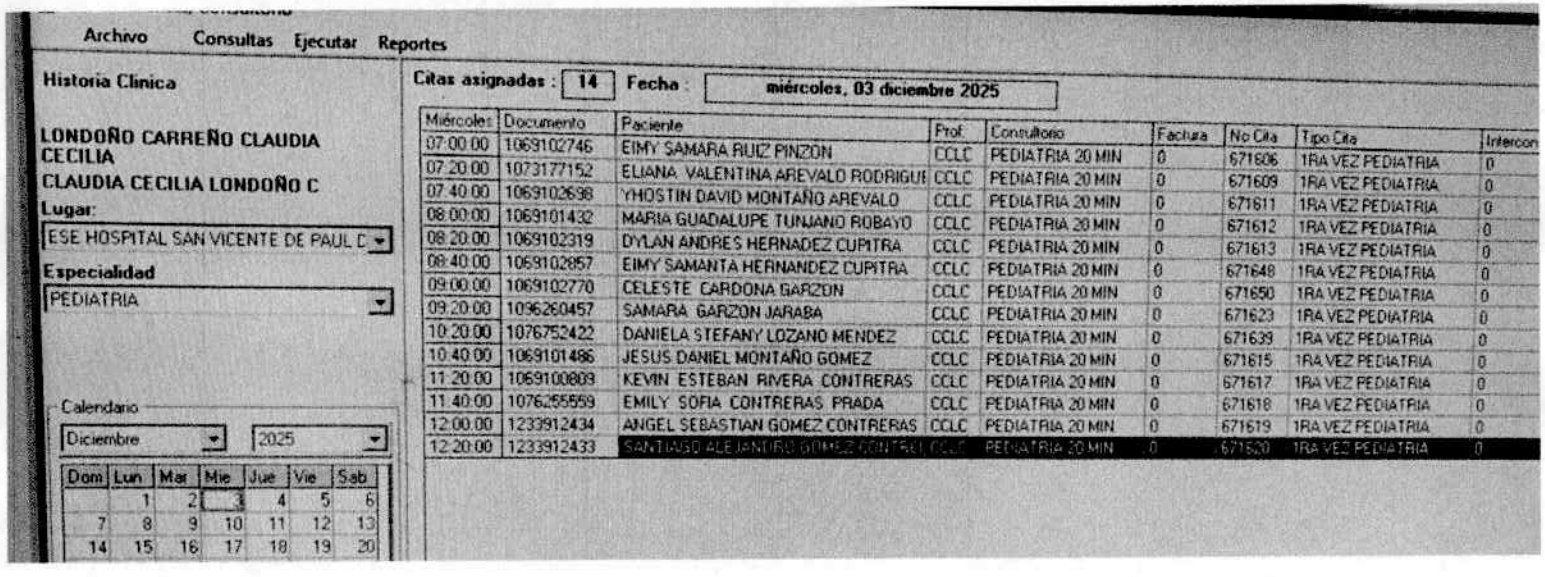
PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



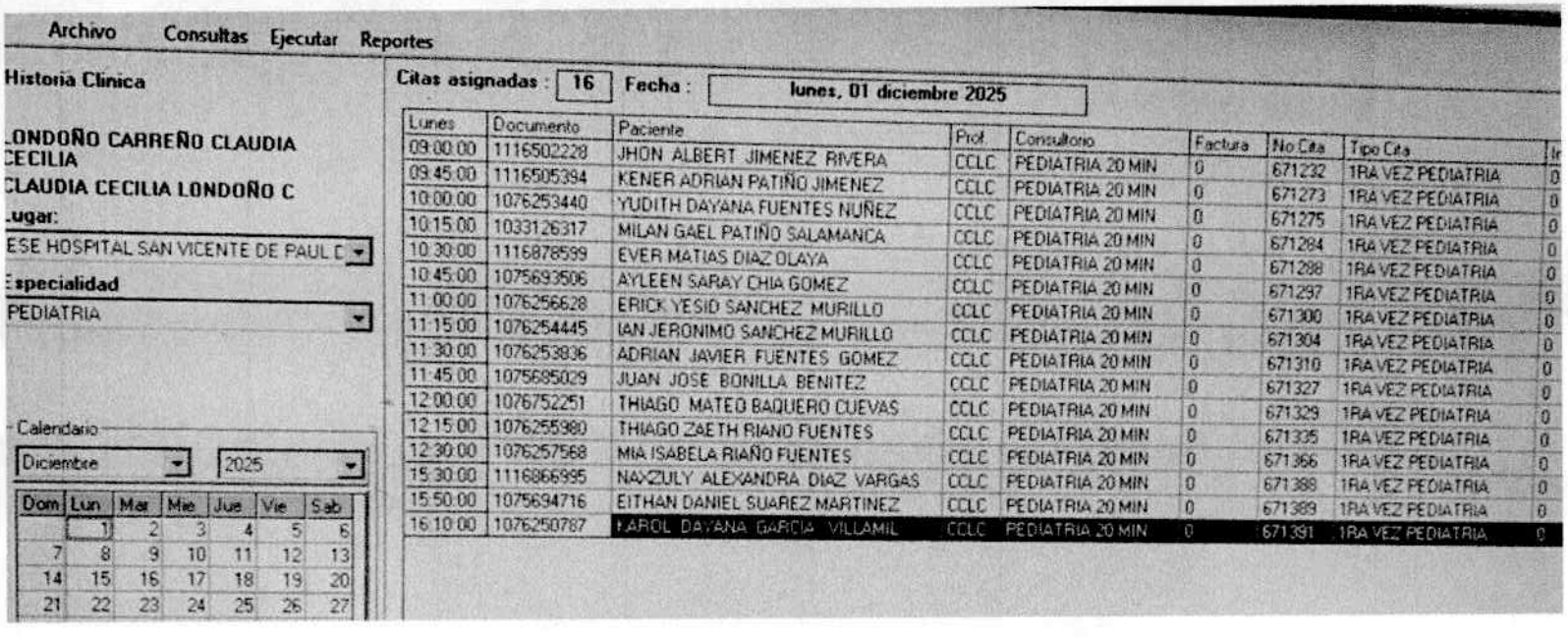
Viernes	Documento	Paciente	Prof.	Consultorio	Factura	No Cita	Tipo Cita	Interco
08:00:00	1069102318	KAROL BRIGITH DUARTE PARRA	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671820	1RA VEZ PEDIATRIA	0
08:20:00	1069102217	DANNA LIZETH ORTIZ DUARTE	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671822	1RA VEZ PEDIATRIA	0
08:40:00	1104019992	EINAR GAEEL MENA SOTO	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671823	1RA VEZ PEDIATRIA	0
09:00:00	1076257075	EMILY ARISBETH CAICEDO MURILLO	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671844	CONTROL PEDIATRIA	0
09:20:00	1076257238	YEIMY ANTONELLA MURILLO MESA	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671846	1RA VEZ PEDIATRIA	0
09:40:00	1069102689	JUAN PABLO SILVA SUA	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671855	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:00:00	1075681404	SARA SOFIA MARTINEZ MEDINA	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671875	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:20:00	1076250069	LEIDY YULIANA VEGA CAMACHO	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671894	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:40:00	1076250902	FABIAN GIOVANNY CUEVAS RODRIGUE	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671895	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:00:00	1075693262	SANTIAGO ELIAS SUAREZ CHIRINOS	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671896	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:20:00	1075695056	GABRIELA SARAI PINEDA SANTISTEBAN	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671898	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:40:00	1075693719	DANIEL JOEL PINEDA SANTISTEBAN	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671899	CONTROL PEDIATRIA	0
12:00:00	1090546219	DAILY VALERIA BUITRAGO HUIDA	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671902	1RA VEZ PEDIATRIA	0
12:20:00	1095486821	NOHEHILIS JAIRIBETH GARCIA FUENMAY	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	671904	1RA VEZ PEDIATRIA	0
13:00:00	1253458662	DEREDI MANUEL PEÑA ALFEREZ	CCLC	UNIDAD MOVIL	0	672234	1RA VEZ PEDIATRIA	0

Brigada 5 de diciembre



Miércoles	Documento	Paciente	Prof.	Consultorio	Factura	No Cita	Tipo Cita	Intercon
07:00:00	1069102746	EIMY SAMARA RUIZ PINZON	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671606	1RA VEZ PEDIATRIA	0
07:20:00	1073177152	ELIANA VALENTINA AREVALO RODRIGUE	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671609	1RA VEZ PEDIATRIA	0
07:40:00	1069102698	YHOSTIN DAVID MONTAÑO AREVALO	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671611	1RA VEZ PEDIATRIA	0
08:00:00	1069101432	MARIA GUADALUPE TUNJANO ROBAYO	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671612	1RA VEZ PEDIATRIA	0
08:20:00	1069102319	DYLAN ANDRES HERNADEZ CUPITRA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671613	1RA VEZ PEDIATRIA	0
08:40:00	1069102857	EIMY SAMANTA HERNANDEZ CUPITRA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671648	1RA VEZ PEDIATRIA	0
09:00:00	1069102770	CELESTE CARDONA GARZON	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671650	1RA VEZ PEDIATRIA	0
09:20:00	1036260457	SAMARA GARZON JARABA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671623	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:20:00	1076752422	DANIELA STEFANY LOZANO MENDEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671639	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:40:00	1069101486	JESUS DANIEL MONTAÑO GOMEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671615	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:20:00	1069100803	KEVIN ESTEBAN RIVERA CONTRERAS	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671617	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:40:00	1076255559	EMILY SOFIA CONTRERAS PRADA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671618	1RA VEZ PEDIATRIA	0
12:00:00	1233912434	ANGEL SEBASTIAN GOMEZ CONTRERAS	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671619	1RA VEZ PEDIATRIA	0
12:20:00	1233912433	SANTIAGO ALEJANDRO GOMEZ CONTRE	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671620	1RA VEZ PEDIATRIA	0

Brigada 3 de diciembre



Archivo Consultas Ejecutar Reportes

Historia Clinica

LONDOÑO CARREÑO CLAUDIA CECILIA

CLAUDIA CECILIA LONDOÑO C

Lugar:

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL D

Especialidad

PEDIATRIA

Calendario

Diciembre 2025

Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27

Citas asignadas : 16 Fecha : lunes, 01 diciembre 2025

Lunes	Documento	Paciente	Prof.	Consultorio	Factura	No Cita	Tipo Cita	Ir
09:00:00	1116502228	JHON ALBERT JIMENEZ RIVERA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671232	1RA VEZ PEDIATRIA	0
09:45:00	1116505394	KENER ADRIAN PATIÑO JIMENEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671273	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:00:00	1076253440	YUDITH DAYANA FUENTES NUÑEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671275	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:15:00	1033126317	MILAN GAEL PATIÑO SALAMANCA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671284	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:30:00	1116878599	EVER MATIAS DIAZ OLAYA	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671288	1RA VEZ PEDIATRIA	0
10:45:00	1075693506	AYLEEN SARAY CHIA GOMEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671297	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:00:00	1076256628	ERICK YESID SANCHEZ MURILLO	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671300	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:15:00	1076254445	IAN JERONIMO SANCHEZ MURILLO	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671304	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:30:00	1076253836	ADRIAN JAVIER FUENTES GOMEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671310	1RA VEZ PEDIATRIA	0
11:45:00	1075695029	JUAN JOSE BONILLA BENITEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671327	1RA VEZ PEDIATRIA	0
12:00:00	1076752251	THIAGO MATEO BAQUERO CUEVAS	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671329	1RA VEZ PEDIATRIA	0
12:15:00	1076255980	THIAGO ZAETH RIANO FUENTES	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671335	1RA VEZ PEDIATRIA	0
12:30:00	1076257568	MIA ISABELA RIAÑO FUENTES	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671366	1RA VEZ PEDIATRIA	0
15:30:00	1116866995	NAXZULY ALEXANDRA DIAZ VARGAS	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671388	1RA VEZ PEDIATRIA	0
15:50:00	1075694716	EITHAN DANIEL SUAREZ MARTINEZ	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671389	1RA VEZ PEDIATRIA	0
16:10:00	1076250787	KAROL DAYANA GARCIA VILLAMIL	CCLC	PEDIATRIA 20 MIN	0	671391	1RA VEZ PEDIATRIA	0

Brigada 01/12/2025

ANEXO CERTIFICACIÓN CONTRATISTA	
FECHA	DICIEMBRE 2025
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No	-2025
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN PEDIATRIA DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MEDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", EN EL MARCO DEL CONVENIO SS-CDCVI-1427- 2024 SUSCRITO POR LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN



Brigada: 19/ noviembre/2025

	cuanto ahorro de agua, energía, disposición final de pilas y bombillas, papel, entre otras.	disposición final de pilas y bombillas, papel, entre otras.
Entregar informe de gestión de las actividades desarrolladas	Se elabora y envía el informe de actividades según lineamientos dados por el supervisor del contrato. Una vez revisados se hace entrega en medio físico	se adjunta a la cuenta
Participar y promover las buenas relaciones interpersonales en el equipo de trabajo a fin de garantizar una labor armónica	Se establecieron relaciones internas y externas cordiales con el grupo de funcionarios y contratistas del hospital.	No aplica para evidenciar durante el periodo reportado
Participar activamente en las actividades relacionadas con Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud SOGS y sistema único de acreditación	Participación en las actividades requeridas.	
Pagar por su cuenta y riesgo, los aportes correspondientes a seguridad social y riesgos laborales, conforme la normatividad vigente. La presentación de dichos soportes es requisito indispensable para cada uno de los pagos	Se paga planilla de seguridad social incluyendo saludo, pensiones, caja de compensación y AR:	Planilla de pago adjunta a la cuenta
Presentar los informes requeridos, que tengan relación con el objeto contratado con sus respectivas evidencias.	Se elabora y envía el informe de actividades según lineamientos dados por el supervisor del contrato. Una vez revisados se hace entrega en medio físico	se adjunta a la cuenta

RELACIÓN DE ANEXOS

DOCUMENTOS	DOCUMENTOS ALLEGADOS	N° DE FOLIOS
Factura o cuenta de cobro	X	1
Informe de actividades	X	3
Registro actividades	X	4
Planilla de pago a seguridad social según planilla	X	1
ANEXOS:	X	4

OBSERVACIONES

Los soportes físicos se encuentran en cada una de las dependencias según el requerimiento.

Claudia C. H.

NOMBRE CONTRATISTA	**CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO**
DOCUMENTO ID.	52498305

Cumplir con la concertación de actividades según disponibilidad establecida a la que se compromete para la prestación del servicio y/o cancelarla con la debida anticipación sin que acarree perjuicios al Contratante y siempre que exista justa causa para dicha cancelación.	Se programan las jornadas de atención de pacientes y se cumplen según lo acordado.	Agendas de consulta programadas y atendidas.
Velar por la correcta y racional aplicación de los recursos disponibles y la pertinencia médica	Se brindó cuidado a los recursos disponibles en la institución y se vela para protegerlos	En la prescripción medica se cuida y se realiza racional cuidado de los recursos
Realizar oportuna y verazmente el reporte de eventos de interés de salud pública en las fichas de notificación establecidas dando aviso inmediato al área de epidemiología de la ESE.	Se realizan los reportes de los eventos de interés en salud pública, según la pertinencia del caso clínico	Fichas de notificación.
Reportar incidentes y eventos adversos, centinelas o que atenten contra la seguridad del paciente, tan pronto tenga conocimiento de ellos.	Se realizan los reportes de eventos presentados oportunamente.	Reportes de eventos
Hacer uso adecuado de los elementos de protección personal requeridos por el servicio o área en la que desarrolle su actividad	Se utilizaron los elementos de protección personal para la atención de los pacientes.	Se documenta en la historia clínica
Diligenciar de manera clara, completa, oportuna y veraz la Historia Clínica y demás documentos médicos, administrativos y legales que se requieran en la atención de los pacientes.	Se diligencio historia clínica y demás documentos requeridos durante la atención de los pacientes.	Agendas programadas con paciente atendidos con historias completas diligencias en el sistema de información.
Apoyar de manera interdisciplinaria en el servicio que la E.S.E. requiera para garantizar la atención a los usuarios.	Se realiza apoyo de manera interdisciplinaria en el servicio en el cual se garantizó la atención a los usuarios.	El apoyo se realiza de manera interdisciplinaria. Soportes en la atención de pacientes según Historia Clínica sistematizada
Realizar actividades de orientación e información al usuario y su familia respecto a normas y reglamentos, derechos y deberes que debe respetar y cumplir durante el período de estadía en la institución.	Se realiza las actividades de información al usuario y a los familiares.	Se apoya en la historia clínica en donde se generan las recomendaciones y la información necesaria
Cumplir con oportunidad y calidad todas las actividades e indicadores asignados por el líder de Acreditación dentro de los procesos de habilitación, planes de mejora de la calidad continua y acreditación.	Se cumple oportunidad y calidad las actividades asignadas por dicha coordinación.	
	GENERALES	
Responder por el manejo, guarda y custodia de los bienes de la ESE, utilizados para el cabal cumplimiento del objeto	Se brindó cuidado a los recursos disponibles a mi cargo	No se ha tenido queja por perdida o daño de los materiales de la institución.
Cumplir con las políticas de Hospital verde.	Se brindo cumplimiento de las Políticas de Tecnologías Limpias que implementa la institución, en	Se brindo cumplimiento de las Políticas de Tecnologías Limpias que implementa la institución, en cuanto ahorro de agua, energía,

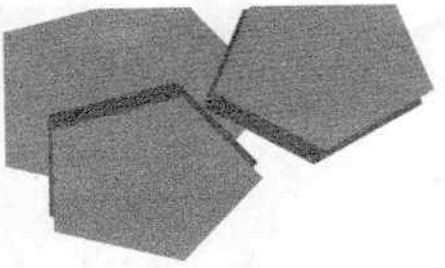
INFORME DEL CONTRATISTA			
FECHA	**DICIEMBRE 2025**		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro.	**- 2025**		
OBJETO CONTRACTUAL	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PEDIATRIA DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", EN EL MARCO DEL CONVENIO SS-CD-CVI-891-2025 SUSCRITO POR LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN**		
DATOS DEL CONTRATO			
CONTRATISTA	**CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO**		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52498305	**FECHA DEL INFORME**	**DICIEMBRE 2025**
NÚMERO DE INFORME	**01**		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUB GERENCIA CIENTIFICA		

DATOS PARA COBRO	
PERIODO COBRADO	**ACTIVIDAD EXTRAMURAL NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2025**
VALOR A COBRAR	$ 5.908.000

PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDAD CONTRATADA	DETALLE DEL AVANCE ACTIVIDAD CONTRATADA	SOPORTES
Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico y/o en el manejo de pacientes según el caso en el servicio asignado	Se prescribieron procedimientos especiales según diagnósticos para el manejo adecuado del paciente	Se encuentra en la historia clínica los procedimientos adecuados para cada paciente.
Prestar los servicios como médico especialista en consulta externa modalidad intramural y extramural	Se prestaron servicios, según los requerimientos y programación de la E.S.E.	Paciente agendados y valorados, se encuentran las agendas y los registros en el sistema
Brindar al usuario la prestación de la atención en salud desde su competencia, con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, suficiencia y trato humanizado según concertación de actividades.	Se realiza la adecuada y la oportuna atención en el paciente, siguiendo un trato humanizado.	Se apoya en la historia clínica en donde se generan las recomendaciones y la información necesaria
Entregar información clara y precisa al paciente y sus familiares sobre la atención en salud, plan de manejo y diagnóstico.	Se da información a los pacientes y sus familiares atendidos, sobre su diagnostico y plan de mano.	se documenta en la historia clínica sistematizada los hallazgos en la atención en salud, diagnostico y plan de manejo.
Instruir al usuario y la familia sobre el cuidado que se debe tener para prevenir las enfermedades.	Se instruyó al paciente y a los familiares sobre el cuidado del paciente se documenta en la historia clínica sistematizada las recomendaciones y signos de alarma	se documenta en la historia clínica sistematizada las recomendaciones y signos de alarma
Garantizar el correcto diligenciamiento, la firma y archivo de consentimientos informados en la Historia Clínica	Se diligencias y se firman los consentimientos en los casos requeridos	Se documenta en la historia clínica

427



Factura Electrónica de Venta
No.FECL-196

CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO

Nit: 52498305-8
Departamento: Cundinamarca
Ciudad: CAJICÁ
Dirección: CRA 2 ESTE 03-02 CA 2
Teléfono: 3107671495

Correo: claclond@hotmail.com
Tipo de contribuyente: Persona Natural
Régimen: No responsable de IVA
Responsabilidad Fiscal: No aplica - Otros *
Responsabilidad tributaria: IVA

Cufe: e709bebedcce7f79a5ba5b3d80cf0b1414650ea862be840c5545dceb9b64771e3229f60a4bbd7d31cb05ec288e2fd872

Nombre Cliente: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON Ciudad: NEMOCÓN
Número Documento: NIT 860024026-5
Teléfono: 3012529862
Dirección: Carrera 6 N° 9 - 40 Sur
Correo: asistente.administrativo@hospitaldenemocon.gov.co
Departamento: Cundinamarca

Fecha Expedición: 15/12/2025 05:17 PM
Fecha Vencimiento: 16/12/2025
Forma pago: Crédito
Medio pago: Efectivo

	Descripcion producto	Precio	Cantidad	Descuento	IVA	%	INC	Total
HN	PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 5,908,000	1 unidad(s)	$ 0	$ 0		$ 0	$ 5,908,000

Total items: 1 Total cantidad: 1

Descripción de cargos y descuentos	Valor

Documentos de referencia

Subtotal IVA 0%:	$ 5,908,000
Descuento:	$ 0
IVA 0%:	$ 0
Total factura:	$ 5,908,000
Cargos:	$ 0
Otros descuentos:	$ 0
Total a Pagar:	$ 5,908,000

Valor en Letras:
CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS.

Observaciones: SERVICIOS PROFESIONALES EN PEDIATRIA DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", EN EL MARCO DEL CONVENIO SS-CD-CVI-891-2025 SUSCRITO POR LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN

Numero de resolución:18764096370883
Rango Autorizado: Desde FECL-178 Hasta FECL-500
Vigencia:31/07/2025 Hasta 31/01/2026

