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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARRIE GISSETTE TORRES TORRES**			**CC:**	**1070920905**
CORREO ELECTRÓNICO:	**carito22061@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3118420499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 BIS 15 19**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**468100021343**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2169 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 11.002.710**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

CARRIE GISSETTE TORRES TORRES
PS_2169_2026_755521

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARRIE GISSETTE TORRES TORRES
CC: 1070920905
CEL: 3118420499

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

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

CARRIE GISSETTE TORRES TORRES

CON C.C N°	**1.070.920.905**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2169 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**114**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.807.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 11.002.710
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ		

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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como 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.
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	En el mes de junio no reporte eventos de notificación obligatoria ya que no se presentaron durante la atención.
5	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
6	En el mes de junio no realice notificación de sucesos de calidad ya que no se presentaron en el servicio.
7	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
8	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
9	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
10	REALICE 114 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA, SE PROGRAMAN 342 CUPOS PARA CONSULTASS PROGRAMA ANTICOAGULACION

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9506106077	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/09	$ 762.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/09	$ 975.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/09	$ 148.600

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.886.600

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	*CARRIE GISSETTE TORRES TORRES* *PS_2169_2026_755521* **CARRIE GISSETTE TORRES TORRES** **CC: 1070920905**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ* *PS_2169_2026_755521* **SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Espacio para Logo Corporativo

CARRIE GISSETTE TORRES TORRES
NIT 1.070.920.905-3
CALLE 2 B 9 13
Tel: (601) 3118420499
Cota - Colombia
carito22061@hotmail.com

Factura electronica de venta
No. CT 63

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3282828
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/06/2026, 11:39
Expedición	09/06/2026, 11:39
Vencimiento	09/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICOS CONSULTA EXTERNA Y HOSPITAIZACION 114 horas JUNIO DE 2026	114.00	11,002,710.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Once millones dos mil setecientos diez pesos m/cte

Total Bruto	11,002,710.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	11,002,710.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Pago a crÃ©dito - Cuota No. 001 vence el 2026-06-09 por $ 11,002,710.00

Observaciones:

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 18764105815133 aprobado en 20260211 prefijo CT desde el número 52 al 100 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 98ae82692e8cbc72b734c9285bff764be267a92ec5665e0494ac1aade980c0e3f4a6f7cb604b6b6f9e2fdfdf12310a30

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070920905		TORRES TORRES CARRIE GISSETTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 26 NO 50-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118420499	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	372231316	9506106077	I	2026/06/02	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	7	$2,008,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1070920905	TORRES TORRES CARRIE GISSETTE									X									231001	30	$6,066,447	$970,700	EPS008	30	$6,066,447	$758,400	CCF24	30	$6,066,447	$121,400	14-11	30	$6,066,447	$147,800	30	$0	$0	No	$1,998,300
Total	**Afiliados(1)**																						$6,066,447	$970,700			$6,066,447	$758,400			$6,066,447	$121,400			$6,066,447	$147,800		$0	$0		$1,998,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070920905		TORRES TORRES CARRIE GISSETTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 26 NO 50-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118420499	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	372231316	9506106077	I	2026/06/02	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	7	$2,008,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$970,700	$5,000	$0	$975,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$970,700	$5,000	$0	$975,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$147,800	$800	$0	$148,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$147,800	$800	$0	$148,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,400	$700	$0	$122,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$121,400	$700	$0	$122,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$758,400	$3,900	$0	$762,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$758,400	$3,900	$0	$762,300
TOTAL				**1**	**$1,998,300**	**$10,400**	**$0**	**$2,008,700**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2169 2026 CRP -9045.pdf	1 PS 2169 2026 CRP -9045.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 2169 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados