

 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 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:	GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR			CC:	1001782347	
CORREO ELECTRÓNICO:	estefensg@gmail.com			TELÉFONO:	3185236736	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11 SUR 10 97			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	16801453329	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 3275 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.856.200		
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30					
 GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR PS_3275_2026_33EA54 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR CC: 1001782347 CEL: 3185236736						

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

CON C.C N° 1.001.782.347

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL 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 3275 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/19
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 24.088.116	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 43.270.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.856.200
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JAIME ENRIQUE DIAZ RICO

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	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	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	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	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	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	6. 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.
7	7. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD.
8	8. 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.
9	9. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES
10	10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS.
11	11. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA DE CUENTAS, CON EL FIN DE PREVENIR GLOSAS DEFINITIVAS U OBJECIONES.

12	12. CUMPLIR CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS RELACIONADOS CON PLANES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO.
13	13. 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.
14	14. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS 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; EJERCIENDO 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.
15	15. 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.
16	16. ACREDITAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
17	17. 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92620286	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/17	\$ 377.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/17	\$ 482.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/17	\$ 73.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 933.500

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR PS_3275_2026_33EA54 GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR CC: 1001782347
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_3275_2026_33EA54

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



JAIME ENRIQUE DIAZ RICO

PS_3275_2026_33EA54

JAIME ENRIQUE DIAZ RICO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782347	GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR	Cll 11 sur #10-97	3185236736	estefensg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92620286	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$937.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	377.200	0		0		0	6	1.700	0	378.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	482.800		0	0	0	0	6	2.200	0	485.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	73.500					73.500	6	400	73.900			735	73.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	377.200	378.900
Pensión	1	482.800	485.000
Riesgos Laborales	1	73.500	73.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	933.500	937.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001782347	GERALDINE STEFFENS VILLAMIZAR		Cll 11 sur #10-97	3185236736	estefensg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92620286	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$937.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1001782347	STEFFENS VILLAMIZAR GERALDINE	59	0			N																	230301	3.017.000	30	482.800	0	0	0	0	EPS005	3.017.000	30	377.200	14-11	3.017.000	30	3	73.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	43.270.240,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	43.270.240,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	43.270.240,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ 1 PS 3275 2026 CRP -12009.pdf	1 PS 3275 2026 CRP -12009.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 1. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 2. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 3. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ COMUNICACION SUPERVISOR PS 3275 2026 23-04-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3275 2026 23-04-2026.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 4. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 3275 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador Descargar Detalle