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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA MONICA RINCON LLAIN**			**CC:**	**1020828229**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARIAMONICARLL@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3164457894**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 53 104B 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488407227906**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4131 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.790.900**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/05/27**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

MARIA MONICA RINCON LLAIN
PS_4131_2026_B3543A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA MONICA RINCON LLAIN
CC: 1020828229
CEL: 3164457894

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			
MARIA MONICA RINCON LLAIN			
	CON C.C N°	**1.020.828.229**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA 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 4131 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/05/27**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 20.943.755	**No. HORAS EJECUTADAS**	**60**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.943.755	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.790.900
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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 diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral. 2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático 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 condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida. 4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención. 5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica 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; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales. 6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido. 7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente. 8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud. 9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio. 10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales. 11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados. 12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría 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 supervisión del contrato. 14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual. 15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1	16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución 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 demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9507802637	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 649.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	$ 831.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 126.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.608.400

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	*MARIA MONICA RINCON LLAIN* *PS_4131_2026_B3543A* **MARIA MONICA RINCON LLAIN** **CC: 1020828229**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_4131_2026_B3543A* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_4131_2026_B3543A* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1020828229		RINCON LLAIN MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 54 # 104 -26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	470331088	9507802637	I	2026/07/08	2026/07/10	BANCOLOMBIA	2	$1,610,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$5,198,600	$831,800			$5,198,600	$649,900			$0	$0			$5,198,600		$126,700		$0	$0		$1,608,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$5,198,600	$831,800			$5,198,600	$649,900			$0	$0			$5,198,600		$126,700		$0	$0		$1,608,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$5,198,600	$831,800			$5,198,600	$649,900			$0	$0			$5,198,600		$126,700		$0	$0		$1,608,400
1	CC	1020828229 RINCON MARIA							X											25-14	30	$5,198,600	$831,800	EPS005	30	$5,198,600	$649,900		0	$0	$0	14-11	30	$5,198,600	2.436%	$126,700	0	$0	$0	No	$1,608,400
Total	**Afiliados(1)**																					$5,198,600	$831,800			$5,198,600	$649,900			$0	$0			$5,198,600		$126,700		$0	$0		$1,608,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$831,800	$1,300	$0	$833,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$831,800	$1,300	$0	$833,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$126,700	$200	$0	$126,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$126,700	$200	$0	$126,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$649,900	$1,000	$0	$650,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$649,900	$1,000	$0	$650,900
TOTAL				**1**	**$1,608,400**	**$2,500**	**$0**	**$1,610,900**

MARIA MONICA RINCON LLAIN
NIT: 1020828229 - 8
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 53 104 A 23, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3164457894
Email. mariamonicarll@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764112985854 válida desde 2026-07-24 hasta 2028-07-24 rango desde FELE1 hasta FELE1000

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051
Dirección: DG 34 5 43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:
Email: maryoliruiz@hotmail.com

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 28/07/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **FELE2**

MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **19:24:56**
FECHA FIRMADO: **27/07/2026 19:24:58**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
27	07	2026	28	07	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	H001	HONORARIOS PROFESIONALES	A9	1,00	$5.790.900,00				$0,00	$5.790.900,00

Notas:

SON: (cinco millones setecientos noventa mil novecientos pesos con cero centavos)

CUFE: 09debc1c7720b2dc86d4591276699a1326e3cb3cff7cecd6b9f6a6131d18cd15f8da1e603c4160008aafb3a718ef3f01

Subtotal:	$5.790.900,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$5.790.900,00

Firma Digital: vrIfwUnc37jJljEP+BRWcIUpW/FbA1PfVV0SHUwBuyU1J2DacDnZxZSYXKb47bqH
XSNglW4jv0+71I2yyb98v3apyd58vNiZRKMQx34cM3cxy7xwU2Ictd75o6/Z46z7
1mhCaAXNt2zvm/hVSKGuHsLPbMlycj1+3sIa4imsnbnxlQGlBjX79WgxB0p2mO/x
5GbnlcWMoTud/9kc/ldQRlWD/VzZsjjT/br5AHAalTSq2QLB89lKnoCrLqOO2bsD
wuqVx2lz86L/zEmPUYDIMuyS8XZk4RJl6oo4v4lFugVs62o/Z0wzPnDQIuG7cTV1
1XO8XxV0DbMuhRQa7qJiNQ==

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 Electrónica de Venta..