

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUCIA PATRICIA JAIME ARBOLEDA			CC:	51780484
CORREO ELECTRÓNICO:	LPJAIMEA@YAHOO.COM			TELÉFONO:	3156054495
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 54A N° 27A - 85			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000470034174
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1548 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 12.606.840	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
<div><div>LUCIA PATRICIA JAIME ARBOLEDA PS_1548_2026_08C83F</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUCIA PATRICIA JAIME ARBOLEDA CC: 51780484 CEL: 3156054495</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUCIA PATRICIA JAIME ARBOLEDA

CON C.C N°51.780.484

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO 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 1548 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$86.847.120	No. HORAS EJECUTADAS	108
-------------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$86.847.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$12.606.840
--	--------------	--	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

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 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° 9507838330	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FOMAG	2026/07/14	\$ 595.400
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/07/14	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/14	\$ 116.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 711.500

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	 LUCIA PATRICIA JAIME ARBOLEDA PS_1548_2026_08C83F LUCIA PATRICIA JAIME ARBOLEDA CC: 51780484
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1548_2026_08C83F DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1548_2026_08C83F

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-10, 04:24:50 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2026
Empresa	LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO
CEDULA CIUDADANIA	CC 32754316
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082686995
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	378249145
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 1.546.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 800.000	\$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSA	1	\$ 625.000	\$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	1	\$ 121.800	\$ 0
			SubTotales:	\$ 1.546.800	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 1.546.800



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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. 1547 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. 1547 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1547 2026 CRP -9839.pdf	1 PS 1547 2026 CRP -9839.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	4. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO0 MAYO 2026.pdf	4. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO0 MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Forma de Pago: Contado
Método de Pago: Consignación Bancaria
Moneda: COP
Total de Líneas: 1

Fecha de Validación: 18/07/2026 11:27 AM
Fecha de Emisión: 18/07/2026 11:27 AM
Responsabilidad Tributaria: R-99-PN
Responsabilidad Tributaria: No aplica
Régimen Fiscal: 49

Emisor: LEDYS MARIA IZQUIERDO
BORRERO

Razón Social: LEDYS MARIA IZQUIERDO
BORRERO

Nit del Emisor: 32754316

Correo Electrónico: ledysmai@gmail.com

Teléfono: 312 4819193

Dirección: BOGOTA, calle 94 # 72A - 94 CASA 4

Departamento: BOGOTÁ, D.C.

Municipio: BOGOTÁ, D.C.

País: Colombia

Receptor: sub red centro oriente hospital
santa clara

Razón Social: sub red centro oriente

Identificación: 900959051

Correo Electrónico:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.
gov.co

Teléfono: 6013486868

Dirección: HOSPITAL SANTA CLARA

Responsabilidad Tributaria: ZZ

Departamento: BOGOTÁ, D.C.

Municipio: BOGOTÁ, D.C.

País: Colombia



#	Cod Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA	Total	
1	99	medicina especializada cuidado intensivo pediátrico	mes de Julio 2026 secuencia de turnos en UCIP	1.00	cada	11,322,810.00	11,322,810.00	0.00	11,322,810.00

Detalles:

Son: ONCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDÓS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS
secuencia de turnos UCIP Hospital Santa Clara, subred centro oriente. Mes de Julio
2026

Cuentas Bancarias

ahorros bancolombia 20936041436 (**Dólares**)

ahorros davivienda 474170012758 (**Dólares**)

La presente factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio (Art 779, Código del comercio).
Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de
servicios descritos en este Título Valor - No soy gran contribuyente. No soy declarante de IVA - Actividad
ICA (Bogotá) 8621 Tarifa 9.66 x 1000.

CUFE :

05c69fb19e56bb5a0768ea3578c96bba07cc2eeecbaedcc91ce785988abee2b02e6c74f6d0135bf5094cf7507740fc7c

Detalle de Venta

Subtotal:	COP 11,322,810.00
Monto Bruto:	COP 11,322,810.00
Monto IVA:	COP 0.00
Total Venta:	COP 11,322,810.00
Total a pagar:	COP 11,322,810.00