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:	**DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA**			**CC:**	**12282877**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANEDIGU@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3045471722**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 44D 45 86 TO 4 AP 901 ENTREPARQUES RAFAEL NUÑEZ**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000210558748**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1466 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 31.517.100**
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**				

DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA
PS_1466_2026_7D04F8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA
CC: 12282877
CEL: 3045471722

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			
DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA			
	CON C.C N°	**12.282.877**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 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 1466 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 184.666.860	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 31.517.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumplo con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.

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° 9507775952	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 1.307.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 1.778.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.085.500

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 período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA* *PS_1466_2026_7D04F8* **DIEGO ARMANDO GUALY CUCHIMBA** **CC: 12282877**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1466_2026_7D04F8* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1466_2026_7D04F8* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL 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. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1466 2026 CRP -8723.pdf	1 PS 1466 2026 CRP -8723.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1466 2026 CRP -14775.PDF	2 PS 1466 2026 CRP -14775.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1466 2026 CRP -15748.PDF	3 PS 1466 2026 CRP -15748.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	6 PS 1466 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 12282877		GUALY CUCHIMBA DIEGO ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 33 25a 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3865727	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	468854711	9507775952	I	2026/07/21	2026/07/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,340,300

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)																						**$10,459,008**	**$1,778,100**			**$10,459,008**	**$1,307,400**			**$0**	**$0**			**$10,459,008**		**$254,800**		**$0**	**$0**		**$3,340,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$10,459,008**	**$1,778,100**			**$10,459,008**	**$1,307,400**			**$0**	**$0**			**$10,459,008**		**$254,800**		**$0**	**$0**		**$3,340,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$10,459,008**	**$1,778,100**			**$10,459,008**	**$1,307,400**			**$0**	**$0**			**$10,459,008**		**$254,800**		**$0**	**$0**		**$3,340,300**
1	CC	12282877	GUALY DIEGO									X								25-14	30	$10,459,008	$1,778,100	EPS005	30	$10,459,008	$1,307,400		0	$0	$0	14-11	30	$10,459,008	2.436%	$254,800	0	$0	$0	No	$3,340,300
Total	**Afiliados(1)**																					$10,459,008	$1,778,100			$10,459,008	$1,307,400			$0	$0			$10,459,008		$254,800		$0	$0		$3,340,300

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	$1,778,100	$0	$0	$1,778,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,778,100	$0	$0	$1,778,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$254,800	$0	$0	$254,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$254,800	$0	$0	$254,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,307,400	$0	$0	$1,307,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,307,400	$0	$0	$1,307,400
TOTAL				**1**	**$3,340,300**	**$0**	**$0**	**$3,340,300**

Diego Armando Gualy Cuchimba

NIT: 12282877 - 5
Régimen: No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764108546901
Fecha 16/04/2026 - 16/10/2026
Autorización de Facturación Electrónica del DG122 al DG150
Email: anedigu@gmail.com
Teléfono: 3045471722

Departamento	Fecha		
Bogotá	23	07	2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° DG133

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Dirección: DIAGONAL 34 N 5-43
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Vencimiento: Agosto 10 del 2026
Fecha de pago: 10/08/2026

NIT: 900959051
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Crédito
Hora emisión: 12:52:11
Total de Lineas: 1

Fecha de firmado: 23/07/2026 12:52:13
Teléfono: 3444484
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Moneda: COP, Peso colombiano

#	CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	U.M	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	1,00	Servicios de médicos especialistas honorarios de servicios prestados en anestesiología y reanimación durante el mes de Julio de 2026.RÉGIMEN SIMPLE TRIBUTARIO. FAVOR NO APLICAR RETENCIÓN NI RETENCIÓN DE ICA.	WSD				$31.517.100,00	$31.517.100,00

Notas:
Factura correspondiente a Julio de 2026

Subtotal:	$31.517.100,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$31.517.100,00

SON: (treinta y un millones quinientos diecisiete mil ciento pesos con cero centavos)

CUFE: df93b8a71a860fcef80e45923f4779646c8ed1789aeb538bfd1a4555c52ce29bae0e3d59bc7fd2d0fd27f506a3bada7a

Firma Digital:
RK6tRnc2Chx+1LqwuQfmK9J97Y0U8dRnVMGz197tNzWUfOVPlx0BtAMpgwEHLF2lgJaWF+zlVrDKRVNeXbF/
ZpM0IqeOBQD5dW28TobO+dfwoPX/pW6aHFW8rXyaB+IgexnbXdcaJNZPF89aEZr0/
StyCtl2dxIaDPfJwmZRMr6IoemhkaDztmpQRdprXaJ6zg3k0x73VHJoVU0cwjQ3D8HqVMcPJmbxQHog8nLk7mIpSm
+UatlIE3beJi1/c+RSmz5NrwwCt4CduKOB/
NKs+oaMy3eCKEsXMl+Cijz2GgVzpM8P6xSlfQorhRxFMngNP4ulGkFFSa4GFx0nHcRfXg==

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 de Venta Electrónica.