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:	**NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO**			**CC:**	**3736455**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NESTORDLC30@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204885082**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 53C 131A 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**16717102359**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2033 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 13.898.160**
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**				

NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO
PS_2033_2026_599C9D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO
CC: 3736455
CEL: 3204885082

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			
NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO			
	CON C.C N°	**3.736.455**	
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 2033 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**144**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 84.354.110	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 13.898.160
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	Participe en la programación de actividades del área.
5	En el mes de julio no reporte eventos de notificación obligatoria ya que no se presentaron durante la atención.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	En el mes de julio no realice notificación de sucesos de calidad ya que no se presentaron en el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11	REALIZO 144 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA. SE PROGRAMAN 432 CUPOS PARA CONSULTAS.

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° 9508271579	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/22	$ 626.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/22	$ 801.600

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/22	$ 122.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.550.100

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	*NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO* *PS_2033_2026_599C9D* **NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO** **CC: 3736455**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ* *PS_2033_2026_599C9D* **SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

NESTOR AURELIO DE LA CRUZ QUIJANO
NIT: 3736455 - 8
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CL 160 72 51, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3204885082
Email. nestordlc30@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764108753606 válida desde 2026-04-21 hasta 2026-10-21 rango desde FEV56 hasta FEV500

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT: 900959051-7
Dirección: DG 34 5 43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3023290575
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **FEV - 59**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **17:26:08**
FECHA FIRMADO: **27/07/2026 17:26:09**

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

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SPM01	SERVICIOS PROFESIONALESMEDICO INTERNISTA CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE 01 A 31 JULIO 2026_ 144H	WSD	1,00	$13.898.160,00				$0,00	$13.898.160,00

Notas: CORRESPONDIENTE AL PERIODO 1 A 31 DE JULIO 2026_ 144H

SON: (trece millones ochocientos noventa y ocho mil ciento sesenta pesos con cero centavos)

CUFE: 568aaa73f06f1e2f6531720fc2c3dc54ae3d2bc6476e38c791a990ff6de57c1601c98a58626f2ec199ed662a2ee013ee

Subtotal:	$13.898.160,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$13.898.160,00

Firma Digital: SzSBp5b88XGLaMOulqPUdx/b+ZqT0BooSuGy9RqFRw11u7cpJzPWAeyg2g4MTKEF
ZQTR5d8VPA70Ll6Uua0Axv2hByuwHhNtOEBk2Msabjtw6KQZNVPQcQqpqkTfqyXf
dU8FXYKzoOFVFgHmXkUZgFk54sFST3weeMyTkYygBdUgpH0EtVXiUNa4hyFcwBbE
dzXd83vLX6cUdGb++ihPtUfnjnsXwjozU0wy2dYZgt9jQ/JfX9iYfsVpG7HmGd59
xg2VhBt4oerOzO4L5NB7SwphMDyXBA0gKFrt9rFQO4rraFmOLklDRHnKelKjhKqy
G2NghhMvbdj76ZUJMzH72w==

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..

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 3736455		DELACRUZ QUIJANO NESTOR AURELIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL160 # 72 - 51 TORRE 2 AP 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8625424	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	501438510	9508271579	I	2026/07/14	2026/07/22	BANCOLOMBIA	8	$1,550,100

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)																					$4,980,174	$796,900			$4,980,174	$622,600			$0	$0			$4,980,174		$121,400		$0	$0		$1,540,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$4,980,174	$796,900			$4,980,174	$622,600			$0	$0			$4,980,174		$121,400		$0	$0		$1,540,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$4,980,174	$796,900			$4,980,174	$622,600			$0	$0			$4,980,174		$121,400		$0	$0		$1,540,900
1	CC	3736455 DE LA CRUZ NESTOR									X									25-14	30	$4,980,174	$796,900	EPS005	30	$4,980,174	$622,600		0	$0	$0	14-23	30	$4,980,174	2.436%	$121,400	0	$0	$0	No	$1,540,900
Total	**Afiliados(1)**																					$4,980,174	$796,900			$4,980,174	$622,600			$0	$0			$4,980,174		$121,400		$0	$0		$1,540,900

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	$796,900	$4,700	$0	$801,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$796,900	$4,700	$0	$801,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,400	$800	$0	$122,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$121,400	$800	$0	$122,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$622,600	$3,700	$0	$626,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$622,600	$3,700	$0	$626,300
TOTAL				**1**	**$1,540,900**	**$9,200**	**$0**	**$1,550,100**

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 2033 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2033 2026 CRP -8912.pdf	1 PS 2033 2026 CRP -8912.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 2033 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >