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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO**			**CC:**	**32754316**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LEDYSMAI@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124819193**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**AV CL 63 N° 75 - 35**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**20936041436**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1547 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 13.540.680**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

LEIDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO
PS_1547_2026_748D19

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO
CC: 32754316
CEL: 3124819193

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			
LEIDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO			
	CON C.C N°	**32.754.316**	
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 1547 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**116**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.847.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 13.540.680
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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 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 BIOPSICOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 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. INFORMAR DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOVIENDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA. 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. 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. CONTRIBUIR EN INVESTIGACIONES CLINICAS, ESTUDIOS DE CASOS Y ANALISIS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCION Y A LA RESOLUCION DE PROBLEMATICAS PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN SERVICIO Y FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA REQUERIDO. 7. 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. 8. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 9. 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. 10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 11. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 12. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA 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 SUPERVISION DEL CONTRATO. 14. 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. 15. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS

1	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. 16. 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. 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 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1083527862	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FOMAG	2026/07/10	$ 625.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	$ 800.000
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/07/10	$ 121.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.546.800

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	*LEIDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO* *PS_1547_2026_748D19* **LEIDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO** **CC: 32754316**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1547_2026_748D19* **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_1547_2026_748D19* **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	2026-07-10, 04:24:36 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2026
Empresa	LEDYS MARIA IZQUIERDO BORRERO
CEDULA CIUDADANIA	CC 32754316
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1083527862
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	468587075
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 Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 800.000	$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 7:30:47
LEDYS MARIA IZQUI...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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
	' 2026 CUENTA DE JLIO 2026.pdf	6. PS 1547 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Factura Electrónica De Venta No. LIFE176

Representación Gráfica

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

Fecha de Validación: 05/08/2026 06:50 PM
Fecha de Emisión: 05/08/2026 06:50 PM
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.
Pais: 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	102	medicina especializada cuidado intensivo pediatrico	Factura mes de Agosto 2026 Hospital Santa clara Sub red oriente	1.00	cada	13,540,680.00	13,540,680.00	0.00	**13,540,680.00**

Detalles:
Son: TRECE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS
Turnos UCIP Hospital Santa clara-Sub red Centro Oriente Agosto 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 :

67ca693805baf4dbc4077e9f8907d3bf10c549beee022cd4b893b1a09213e3587484977ba5ccaf1e95845079441a840e

Detalle de Venta	
Subtotal:	COP 13,540,680.00
Monto Bruto:	COP 13,540,680.00
Monto IVA:	COP 0.00
Total Venta:	COP 13,540,680.00
Total a pagar:	COP 13,540,680.00

Autorizado DIAN para la Facturación Electrónica mediante la resolución - 18764112665681 entre los rangos de Facturación del 173 al 60000 usando el prefijo LIFE con vigencia entre las fechas 2026-07-16 al 2027-01-16.
Documento Generado por Servicios Informáticos TECNODEV Co Sas NIT 901360857-7 / https://app.factoa.net/
XML Generado por proveedor Tecnologico: Cadena SA NIT 890930534-0