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:	**DIANA PAOLA LINARES**			**CC:**	**52447987**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DIPAOLIN@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3042316807**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 134 10A 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006301219983**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2032 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 13.898.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

DIANA PAOLA LINARES
PS_2032_2026_CF51EE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA PAOLA LINARES
CC: 52447987
CEL: 3042316807

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			
DIANA PAOLA LINARES			
	CON C.C N°	**52.447.987**	
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 2032 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**144**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 103.078.020	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 13.898.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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 agosto 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 agosto 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509288000	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/12	$ 675.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 864.000

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/12	$ 131.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.670.600

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	*DIANA PAOLA LINARES* *PS_2032_2026_CF51EE* **DIANA PAOLA LINARES** **CC: 52447987**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ* *PS_2032_2026_CF51EE* **SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8f3c6d352f451ffedbe30e0f3307f0668bfc4125aa9c635b95e3861a3739b687c0c9e2249efaaedac956361ea071c1af

Número de Factura: DPL-166
Fecha de Emisión: 31/08/2026
Fecha de Vencimiento: 10/09/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LINARES DIANA PAOLA
Nombre Comercial: LINARES DIANA PAOLA
Nit del Emisor: 52447987
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 128 9 A 59 IN 3 AP 401 CON RECODO DEL COUNTRY
Teléfono / Móvil: 3042316807
Correo: dipaolin@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DIAGONAL 34 No 5-43
Teléfono / Móvil: 3282828
Correo: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121000	MEDICINA INTERNA OPS HORAS	NIU	144,00	$ 96.515,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 13.898.160,00

Notas Finales

PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA MES DE AGOSTO 2026
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
31/08/2026 15:02:00
Documento validado por la DIAN:
31/08/2026 15:02:01
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	13898160
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13898160
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	13898160
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13898160

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	13.898.160,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13.898.160,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	13.898.160,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13.898.160,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764093333431 Rango desde: 151 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-05-20

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52447987		LINARES DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 134 # 10A 40 Apto 703	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652552	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	559624086	9509288000	I	2026/08/24	2026/08/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,670,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,400,000	$864,000			$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,400,000	$864,000			$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,400,000	$864,000			$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0
1	CC 52447987	LINARES DIANA	25-14	30	$5,400,000	$864,000	EPS010	30	$5,400,000	$675,000		0	$0	$0	14-7	30	$5,400,000	$131,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,400,000	$864,000			$5,400,000	$675,000			$0	$0			$5,400,000	$131,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52447987		LINARES DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 134 # 10A 40 Apto 703	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652552	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	559624086	9509288000	I	2026/08/24	2026/08/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,670,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$864,000	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$864,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,600	$0					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$131,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$675,000	$0					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$675,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$1,670,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$864,000
$864,000
$131,600
$131,600
$675,000
$675,000
$1,670,600

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 2032 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2032 2026 CRP -8911.pdf	1 PS 2032 2026 CRP -8911.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2032 2026 CRP -16203.PDF	2 PS 2032 2026 CRP -16203.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	6. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6. PS 2032 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >