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:	**YEINIE MARIA VILLANUEVA MERCADO**			**CC:**	**22563131**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YEINIEVILLANUEVA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3022517801**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**calle106a#154a-12**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**47490335281**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1600 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 30.816.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

YEINIE MARIA VILLANUEVA MERCADO
PS_1600_2026_CEEB99

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YEINIE MARIA VILLANUEVA MERCADO
CC: 22563131
CEL: 3022517801

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			
YEINIE MARIA VILLANUEVA MERCADO			
	CON C.C N°	**22.563.131**	
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 1600 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**264**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 184.666.860	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 30.816.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508603925	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/08/27	$ 1.330.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/27	$ 1.810.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/27	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.140.800

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	*YEINIE MARIA VILLANUEVA MERCADO* *PS_1600_2026_CEEB99* **YEINIE MARIA VILLANUEVA MERCADO** **CC: 22563131**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1600_2026_CEEB99* **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_1600_2026_CEEB99* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

EVALUACION RIPS

NOMBRES Y APELLIDOS

TOTAL_CALIFICACION: 100 %

Aceptar

UNIDAD

Pregunta requerida

PROCESO

Pregunta requerida

SERVICIO

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 22563131		VILLANUEVA MERCADO YEINIE MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 106a n 154a 12 t 1 a 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3247994	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	513644909	9508603925	I	2026/08/11	2026/07/27	BANCOLOMBIA	0	$3,400,200

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)					$10,645,776	$1,810,000			$10,645,776	$1,330,800			$0	$0			$10,645,776	$259,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,645,776	$1,810,000			$10,645,776	$1,330,800			$0	$0			$10,645,776	$259,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,645,776	$1,810,000			$10,645,776	$1,330,800			$0	$0			$10,645,776	$259,400		$0	$0
1	CC	22563131	VILLANUEVA YEINIE	230201	30	$10,645,776	$1,810,000	EPS010	30	$10,645,776	$1,330,800		0	$0	$0	14-23	30	$10,645,776	$259,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$10,645,776	$1,810,000			$10,645,776	$1,330,800			$0	$0			$10,645,776	$259,400		$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 22563131		VILLANUEVA MERCADO YEINIE MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 106a n 154a 12 t 1 a 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3247994	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	513644909	9508603925	I	2026/08/11	2026/07/27	BANCOLOMBIA	0	$3,400,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,810,000	$0	$0	$1,810,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,810,000	$0	$0	$1,810,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,400	$0	$0	$259,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$259,400	$0	$0	$259,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,330,800	$0	$0	$1,330,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,330,800	$0	$0	$1,330,800
TOTAL				1	$3,400,200	$0	$0	$3,400,200

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 1600 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1600 2026 CRP -10181.pdf	1 PS 1600 2026 CRP -10181.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1600 2026 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1600 2026 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1600 2026 CRP -15833.PDF	2 PS 1600 2026 CRP -15833.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO 26.pdf	PS 1600 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b95c257dad3614f45a6e1585ef65331358342cdc776d5b6ed67653e481eb83f4b9fbe3b54b276cb4b15426419ac9af17

Número de Factura: FVM-29
Fecha de Emisión: 27/08/2026
Fecha de Vencimiento: 27/08/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VILLANUEVA MERCADO YEINIE MARIA
Nombre Comercial: VILLANUEVA MERCADO YEINIE MARIA
Nit del Emisor: 22563131
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Atlántico
Municipio / Ciudad: Barranquilla
Dirección: CR 1 K 45 68 BRR CIUDADELA VEINTE DE JULIO
Teléfono / Móvil: 3022517801
Correo: yeinievillanueva@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
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: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3102040836
Correo: apoyocxsubredco@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	01	SERVICIO MEDICINA ANE STECIOLOGIA	NIU	1,00	$ 30.816.720,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 30.816.720,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
27/08/2026 15:12:19
Documento validado por la DIAN:
27/08/2026 15:12:19
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	30816720
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	30816720
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	30816720
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 30816720

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	30.816.720,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	30.816.720,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	30.816.720,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 30.816.720,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764093437064 Rango desde: 1 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2027-05-22