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:	**YAMID JOSE PERALTA CABARCAS**			**CC:**	**15172135**
CORREO ELECTRÓNICO:	**yamidperalta@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3116843395**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 23 66 39 AP 804 TO 8**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**049010010**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1493 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.801.520**
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**				

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS
PS_1493_2026_49AA37

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YAMID JOSE PERALTA CABARCAS
CC: 15172135
CEL: 3116843395

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			
YAMID JOSE PERALTA CABARCAS			
CON C.C N°	**15.172.135**		
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 1493 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**24**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.847.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.801.520
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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	1. Solicitud de apoyo diagnostico necesario de acuerdo a patologías a estudio 2. registro electrónico de los procedimientos realizados con los códigos de facturación actualizados 3. se cumplen con las exigencias legales del manejo y registro de información en historia clínica del paciente 4. se da información clara y concisa al paciente y su familia 5. se registran los registros en dinamica y se realizan las fichas de notificación obligatoria 6. se respeta la privacidad del paciente de acuerdo a los protocolos 7. informe a personal administrativo sobre eventos presentados 8. divulgación de conducta medica con el personal del equipo de salud 9. se diligencia historia clínica y se hace uso del plan de contingencia en formatos para cuando no hay sistema 10. diligenciamiento de historia clínica, formato de consentimiento informado, solicitud de exámenes adicionales 11. se hace un uso adecuado y útil de todos los equipos y enseres de la unidad 12. se informa a recursos físicos de equipos propios para la atención 13. atención a valoraciones solicitadas, participación en juntas medicas 14. revisión y aplicación de la normatividad. 15. cuidado y vigilancia de los elementos utilizados durante la práctica del ejercicio quirúrgico 16. se realizan las notificaciones del caso 17. desarrollo y aplicación de guías de manejo 18. realizando actividades solicitadas por la institución de acuerdo a sus requerimientos 19. se educa e informa al paciente y su familia 20. se cumple con las citaciones a capacitaciones y otros 21. informar sobre incapacidades o situaciones que impidan el cumplimiento del deber 22. siempre se está dispuesto a las solicitudes y observaciones de la supervisión del contrato 23. retroalimentación a los integrantes del equipo médico sobre su actuar, así como realización de autoevaluación. 24. inscripción en el RETHUS 25. siempre se porta el carne visible 26. se cumple con el cuadro de actividades 27. se participa de reuniones para el caso

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° 9509391035	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/12	$ 1.650.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 2.244.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	$ 321.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 4.216.500

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	*YAMID JOSE PERALTA CABARCAS* *PS_1493_2026_49AA37* **YAMID JOSE PERALTA CABARCAS** **CC: 15172135**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1493_2026_49AA37* **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_1493_2026_49AA37* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 15172135		PERALTA CABARCAS YAMID JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 23 # 66-39 torre 8 apto 804	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4836935	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	560099744	9509391035	I	2026/08/11	2026/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	1	$4,219,900

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)					$13,201,920	$2,244,600			$13,201,920	$1,650,300			$0	$0			$13,201,920	$321,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$13,201,920	$2,244,600			$13,201,920	$1,650,300			$0	$0			$13,201,920	$321,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$13,201,920	$2,244,600			$13,201,920	$1,650,300			$0	$0			$13,201,920	$321,600		$0	$0
1	CC	15172135	PERALTA YAMID	25-14	30	$13,201,920	$2,244,600	EPS005	30	$13,201,920	$1,650,300		0	$0	$0	14-11	30	$13,201,920	$321,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$13,201,920	$2,244,600			$13,201,920	$1,650,300			$0	$0			$13,201,920	$321,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,244,600	$1,800	$0	$2,246,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,244,600	$1,800	$0	$2,246,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$321,600	$300	$0	$321,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$321,600	$300	$0	$321,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,650,300	$1,300	$0	$1,651,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,650,300	$1,300	$0	$1,651,600
TOTAL				**1**	**$4,216,500**	**$3,400**	**$0**	**$4,219,900**

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		
☐	01.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	01.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	1 PS 1493 2026 CRP -10174.pdf	1 PS 1493 2026 CRP -10174.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	02.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	02.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	03.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	04.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	05.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	06.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

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

EVALUACION RIPS

NOMBRES Y APELLIDOS

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

15172135

UNIDAD

Hospital Materno Infantil

PROCESO

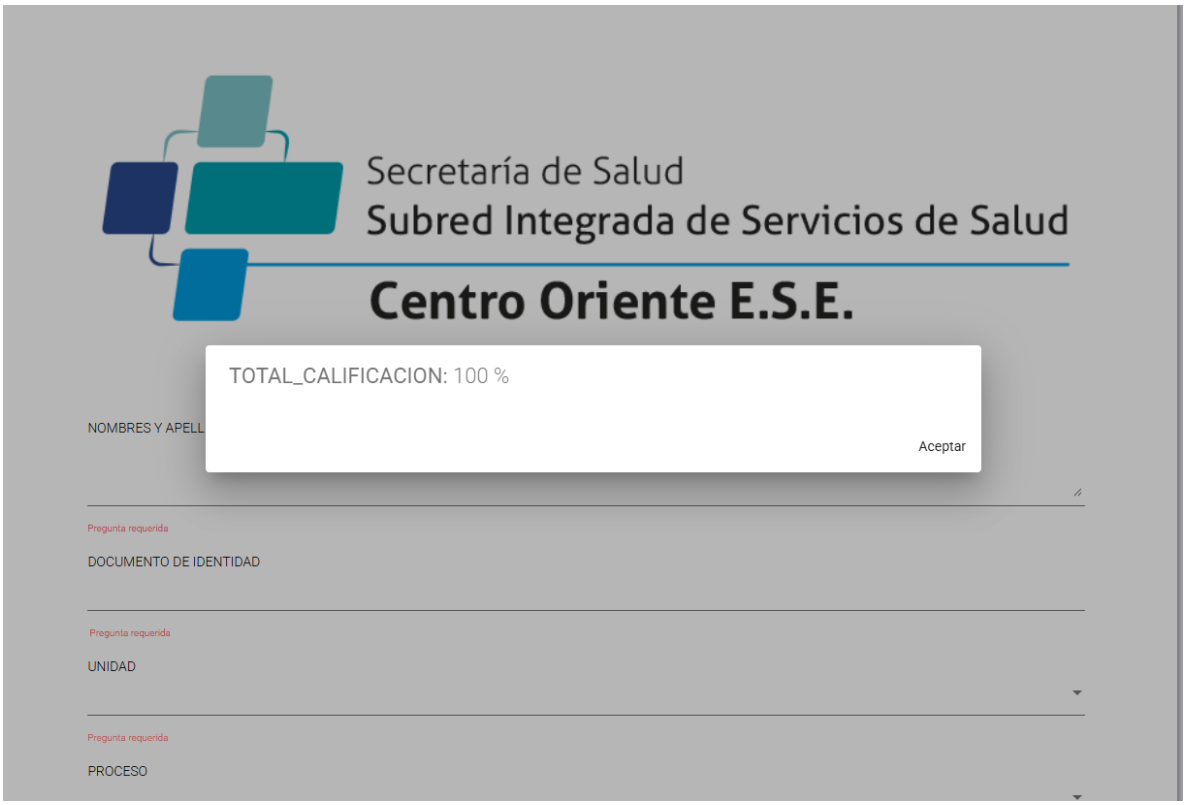
GESTION HOSPITALARIA

SERVICIO

SALAS DE CIRUGIA

PROFESIÓN O CARGO

ANESTESIOLOGO



YAMID JOSE PERALTA CABARCAS

NIT: 15172135 - 8
Régimen: No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764106274776
Fecha 24/02/2026 - 24/08/2026
Autorización de Facturación Electrónica del YP255 al YP300
Perteneciente a Régimen Simple de Tributación 0-47
Email: yamidperalta@gmail.com
Teléfono: 3116843395

Departamento	Fecha		
Bogotá	23	08	2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° YP282

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Dirección: CALLE 33 # 5-37
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Vencimiento: Septiembre 10 del 2026
Fecha de pago: 10/09/2026

NIT: 900959051 - 7
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Crédito
Hora emisión: 14:44:37
Total de Lineas: 1

Fecha de firmado: 23/08/2026 14:44:38
Teléfono: 3282828
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Moneda: COP, Peso colombiano

#	CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	U.M	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	24,00	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA servicios prestados como medico especialista en subred centro oriente durante el mes de agosto de 2026por total de 24 horas	WSD				$116.730,00	$2.801.520,00

Notas:

SON: (dos millones ochocientos un mil quinientos veinte pesos con cero centavos)

CUFE: eb4b6fac92363d6e307103eb2975bdb542206661347fa6bdca758ab3b7f26d16128c17225f4f4d51be9461bb02505dc5

Subtotal:	$2.801.520,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$2.801.520,00

Firma Digital: PQ5b97UVGgykthF66Fe+/Yu3zOpLH+pEZnR+fYcTctNwIu4vs/
+rC1OxyCDQmyem4IeEbYjWb4R1bb5ov9yWdNdeKpCjjL901vhTJqKLaQZzaQO9jwAHEOkjg/
hbkqUMaqeSO7eusZ6CJtL1/F64YbnS6h/4+p4ZA/sdZwVuHH5sHy3AVZzgXkcgVcGrwr/
MVxw7e8fvTPeXS1oW73A9RG1/
Aq+yu4fadltcd4T8lDTbputB3Rw5BxeSicjS3Lpb4pw1bsqzsi6iRqvtsSzQLQVfnQuSK6pGkyL6d+3aciHkYQ4ZfYXlrKEi7
bjpiFtpAQx1bKYX/BuVT0n8kon+gw==

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.