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:	**MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ**			**CC:**	**53167837**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DRMARIACATA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3186295609**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 127A 91 31**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91217768794**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1396 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 19.109.970**
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**				

MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ
PS_1396_2026_290A91

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ
CC: 53167837
CEL: 3186295609

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			
MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ			
	CON C.C N°	**53.167.837**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA 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 1396 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 138.209.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 19.109.970
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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 Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE SU ESPECIALIDAD. 2. LLEVAR REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 3. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA. 4. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL AREA. 5. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 6. REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA. 7. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 8. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE. 9. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD. 10. DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA. 11. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION. 12. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN DE MANEJO Y ATENCION. 13. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN. 14. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 15. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS. 16. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACINADAS CON EL CUMPLIMINTO DE SUS ABLIGACIONES CONTRACTUALES. 17. PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA. 18. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 19. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E DURANTE EL PERÍODO EVALUADO SE DIO CUMPLIMIENTO INTEGRAL A LAS FUNCIONES ASISTENCIALES, ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN EN SALUD, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PERFIL DEL CARGO Y LA NORMATIVA VIGENTE. SE REALIZARON DE MANERA OPORTUNA LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE ATENCIÓN, CON REGISTROS CLÍNICOS COMPLETOS, LEGIBLES Y ACTUALIZADOS, INCLUYENDO EPICRISIS, RESÚMENES E INFORMES ESTADÍSTICOS. SE GARANTIZÓ EL MANEJO ÉTICO Y LEGAL DE LA

1	HISTORIA CLÍNICA, EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL REPORTE DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, SUCESOS DE CALIDAD Y ACTIVIDADES DE MEJORA CONTINUA. ASIMISMO, SE BRINDÓ INFORMACIÓN CLARA AL PACIENTE Y SU FAMILIA, SE EMITIERON CONCEPTOS MÉDICOS CUANDO FUERON REQUERIDOS Y SE APOYÓ LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, ASÍ COMO LAS ACCIONES ORIENTADAS AL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

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° 1083809952	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/21	$ 1.863.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/21	$ 2.534.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/21	$ 363.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 4.761.900

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	*MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ* *PS_1396_2026_290A91* **MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ** **CC: 53167837**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1396_2026_290A91* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_1396_2026_290A91* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? ○ Si ● No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	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	Subido por		
☐	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO FEBERO 2026.pdf	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO FEBERO 2026.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
☐	1 PS 1396 2026 CRP -8666.pdf	1 PS 1396 2026 CRP -8666.pdf	Comprador	descargar	Detalle
☐	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
☐	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
☐	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
☐	2 PS 1396 2026 CRP -15701.PDF	2 PS 1396 2026 CRP -15701.PDF	Comprador	descargar	Detalle
☐	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	descargar	Detalle
☐	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS_1396_2026_CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-21, 08:16:39 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1083809952

Periodo Cotización: julio de 2026 Periodo Servicio: julio de 2026

PAGADA 21/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ		
Documento	CC53167837	Dirección	CL 159A #19 B - 71
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3186295609
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53167837	MARIA CATALINA ARIAS SANCHEZ	59	0										X							0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$14,909,856	$2,534,800	(EPS010) EPS SURA	$14,909,856	$1,863,800	2.436	$14,909,856	$363,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$4,761,900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$14,909,856	$14,909,856	$14,909,856	$0	$2,534,800	$1,863,800	$363,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$4,761,900	$32,700	$4,794,600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c19b617f9443043484f99f8496581289ba30c6af1fb1b250e5bc673d71b6957b1467639fb36433053827a7e1fbdae551

Número de Factura: CA-30
Fecha de Emisión: 24/08/2026
Fecha de Vencimiento: 24/08/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ARIAS SANCHEZ MARIA CATALINA
Nombre Comercial: ARIAS SANCHEZ MARIA CATALINA
Nit del Emisor: 53167837
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 127 A # 91 - 31 CA Piso 3
Teléfono / Móvil: 6016805130
Correo: drmariacata@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: O-23;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: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	85121502	HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA DEL 01 AL 31 DE AGOSTO DEL 2026	94	198,00	$ 96.515,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 19.109.970,00

Datos Totales

Documento generado el:
24/08/2026 17:54:46
Documento validado por la DIAN:
24/08/2026 17:54:46
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	19109970
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19109970
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	19109970
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 19109970

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	19.109.970,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.109.970,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.109.970,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 19.109.970,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764098200151 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2027-09-04