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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO**			**CC:**	**1049612354**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADRYMEDINA1105@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3127212124**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 15 N° 136 - 26**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**450700074948**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1585 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 9.338.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
PS_1585_2026_C2B4B5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
CC: 1049612354
CEL: 3127212124

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			
ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO			
CON C.C N°	**1.049.612.354**		
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 1585 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**80**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.847.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 9.338.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	1. Realicé las valoraciones médicas especializadas de los pacientes asignados, de acuerdo con sus condiciones clínicas y necesidades de atención. 2. Realicé seguimiento a la evolución clínica de los pacientes y establecí las conductas médicas correspondientes. 3. Actualicé los planes diagnósticos y terapéuticos de acuerdo con la evolución y condición clínica de los pacientes. 4. Realicé los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad requeridos durante el periodo. 5. Analicé los resultados de ayudas diagnósticas y estudios complementarios para orientar la toma de decisiones clínicas. 6. Atendí las interconsultas y solicitudes de valoración correspondientes a la especialidad. 7. Brindé atención médica integral, oportuna, pertinente y segura a los pacientes atendidos. 8. Proporcioné atención humanizada y respetuosa, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y su familia. 9. Brindé información al paciente y/o familia sobre la condición clínica, evolución, tratamiento, riesgos, beneficios y pronóstico. 10. Orienté al paciente y su familia sobre las recomendaciones y conductas necesarias para la continuidad de la atención. 11. Mantuve comunicación efectiva con el equipo de salud para garantizar la continuidad y seguridad del proceso asistencial. 12. Registré oportunamente en la historia clínica las valoraciones, conductas, procedimientos, intervenciones y recomendaciones realizadas. 13. Diligencié los consentimientos informados y demás registros requeridos para las actividades asistenciales realizadas. 14. Apliqué las guías, protocolos, procedimientos y lineamientos institucionales relacionados con la atención. 15. Identifiqué y reporté oportunamente los eventos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente. 16. Participé en el análisis y seguimiento de situaciones relacionadas con seguridad del paciente y acciones de mejoramiento. 17. Participé en actividades de auditoría, habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la institución. 18. Participé en actividades de docencia-servicio, formación y actualización del talento humano cuando fue requerido. 19. Contribuí en la revisión, actualización, implementación y adopción de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales. 20. Atendí los requerimientos relacionados con quejas, peticiones, solicitudes y demás situaciones relacionadas con el proceso asistencial. 21. Atendí los requerimientos relacionados con auditoría de cuentas y aporté la información clínica solicitada. 22. Di cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejoramiento y requerimientos formulados por la supervisión. 23. Asistí y participé en reuniones, comités, capacitaciones, inducciones y demás espacios institucionales programados. 24. Cumplí con la programación de actividades asistenciales establecida de acuerdo con las necesidades del servicio. 25. Informé oportunamente las novedades que pudieran afectar el cumplimiento de las actividades y la prestación del servicio. 26. Utilicé adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos institucionales destinados a la prestación del servicio. 27. Reporté oportunamente las novedades, daños o fallas identificadas en los equipos y elementos utilizados. 28. Mantuve vigentes los requisitos administrativos y registros requeridos para el desarrollo de las actividades contractuales. 29. Cumplí las demás actividades relacionadas con el objeto contractual requeridas por la supervisión.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 95371391	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/09/23	$ 475.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/23	$ 608.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/23	$ 92.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.175.600

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	*ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO* *PS_1585_2026_C2B4B5* **ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO** **CC: 1049612354**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1585_2026_C2B4B5* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049612354	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO	carrera 15 # 136 26	4786980	ladri_100@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95371391	23/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.186.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	475.000	0		0		0	12	4.300	0	479.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	608.000	0	0	0	0	12	5.500	0	613.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	92.600				92.600	12	900	93.500			926	93.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	475.000	479.300
Pensión	1	608.000	613.500
Riesgos Laborales	1	92.600	93.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.175.600	1.186.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049612354	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO	carrera 15 # 136 26	4786980	ladri_100@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95371391	23/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.186.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1049612354	MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA	57	0			N																	230301	3.800.000	30	608.000	0	0	0	0	EPS001	3.800.000	30	475.000	14-11	3.800.000	30	3	92.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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 1585 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1585 2026 CUENTA COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1585 2026 CUENTA COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1585 2026 CRP -8822.pdf	1 PS 1585 2026 CRP -8822.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5 2026 CUENTA DE GOSTO 2026.pdf	7. PS 1585 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
NIT: 1049612354 - 8
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CR 2 35 A 39 BRR LA PRADERA, TUNJA, Boyacá, Colombia
Tel. 3127212124
Email. adrymedina1105@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764108652225 válida desde 2026-04-20 hasta 2028-04-20 rango desde FE351 hasta FE500

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT: 900959051
Dirección: DG 34 5 43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3444484
Email: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **FE361**

MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **12:49:28**
FECHA FIRMADO: **24/09/2026 12:49:30**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	09	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85120000-6	ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA	WSD	80,00	$116.730,00				$0,00	$9.338.400,00

Notas:

SON: (nueve millones trescientos treinta y ocho mil cuatrocientos pesos con cero centavos)

CUFE: 3ce8c63e2cd5a3ab34194d361003f62ee1358f6f25961df865aab0df5804b6b9cc28edf67fb07d3a20423be23db97def

Subtotal:	$9.338.400,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$9.338.400,00

Firma Digital: bB9Fg1q/JAFUYosYOq0wi+yvOzK+NxnBIqMmkLl5Lao1T94ZNFSjR3XOtdp8dO0k
7fzOYsZpYpbTNxfONzZYSa2L4qnjRZboI7hwpiXk30P840w+J5SYLMFzK/E9ugvH
+/aVhn9/itcKcZ9bSuJ5sJob92cR7HozVArxblneIBUXlAynzWVDNWrpJC7/VzPE
BgquuOCrGFKGDXr+wgE5YIjHDx0+LOEulhHIIJxii0p+o6g4aAlIQPbjA9sKErlJ
IBAlUw8g48tgtz1BQmA5tlZoyEPPSkJuvfonIwl2brhPwCHCPFWRFdl5ru6xHjCB
FbhYsZSeWnpncRlOGbBS4g==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..