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:	**CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON**			**CC:**	**32791580**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CECISAENZ12@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3008032316**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 65 100 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102592508**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1468 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 28.715.580**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON
PS_1468_2026_3A1107

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON
CC: 32791580
CEL: 3008032316

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			
CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON			
CON C.C N°	**32.791.580**		
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 1468 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.847.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**246**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 236.494.980	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 28.715.580
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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 Se dio cumplimiento a las intervenciones y procedimientos definidos de acuerdo con las condiciones clínicas de cada paciente, garantizando una atención segura, oportuna y pertinente. 2 Se atendieron los requerimientos en salud de los pacientes con oportunidad y enfoque integral, manteniendo los principios institucionales de atención humanizada. 3 Se orientó a los pacientes y familiares respecto a los diagnósticos, conductas terapéuticas, riesgos y beneficios asociados con la atención. 4 Se mantuvo una actuación profesional acorde con el código de ética y las disposiciones legales vigentes. 5 Se documentaron las actividades, procedimientos y conductas realizadas durante la atención, dejando la información clínica relevante debidamente registrada. 6 Se apoyaron los espacios de enseñanza y formación del talento humano en salud relacionados con las actividades desarrolladas. 7 Se dio cumplimiento a los mecanismos establecidos para el reporte de eventos de seguridad y situaciones sujetas a notificación obligatoria. 8 Se contribuyó a la consolidación de una cultura de mejoramiento mediante la participación en actividades de calidad institucional. 9 Se desarrollaron las actividades programadas de acuerdo con las necesidades asistenciales identificadas. 10 Se contribuyó a la actualización y fortalecimiento de los procedimientos relacionados con las actividades desarrolladas. 11 Se suministró la información requerida para atender oportunamente las solicitudes relacionadas con las actividades asistenciales. 12 Se contribuyó al proceso de auditoría mediante la verificación y suministro de documentación correspondiente a las atenciones realizadas. 13 Se apoyó la gestión de auditoría de cuentas, procurando que los servicios prestados contaran con los registros y soportes requeridos para prevenir objeciones. 14 Se atendieron los requerimientos formulados por la supervisión del contrato de acuerdo con las responsabilidades asignadas. 15 Se realizó uso adecuado de los equipos, elementos e instalaciones suministrados por la Subred para el desarrollo de las actividades contratadas. 16 Se mantuvieron vigentes los requisitos establecidos para el ejercicio profesional y se utilizó la identificación institucional correspondiente. 17 Se dio cumplimiento a las obligaciones relacionadas con los aportes al sistema de seguridad social durante el periodo contractual. 18 Se cumplió con los requerimientos adicionales formulados durante el periodo, dentro del marco de las obligaciones contractuales.

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° 95107977	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/09/10	$ 1.225.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 1.667.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.892.800

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	*CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON* *PS_1468_2026_3A1107* **CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON** **CC: 32791580**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1468_2026_3A1107* **SAUL ARDILA DURAN** **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	32791580	CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON	CRA 65 NO 100 15	3008032316	ceciliadelcarmensaenzchacon@gmail.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
		95107977	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$3.131.700	

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	1.225.700	0		0		0	0	0	0	1.225.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.568.900	0	0	49.100	49.100	0	0		1.667.100	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	238.900				238.900	0	0	238.900			2.389	238.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	1.225.700	1.225.700
Pensión	1	1.667.100	1.667.100
Riesgos Laborales	1	238.900	238.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.131.700	3.131.700

PAGADA

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

Powered by CamScanner

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	32791580	CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON		CRA 65 NO 100 15	3008032316	ceciliadelcarmensaenzchacon@gmail.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
		95107977	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$3.131.700	

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	Exonerado	ING	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 32791580	SAENZ CHACON CECILIA DEL CARMEN	59	0			N								X									25-14	9.805.320	30	1.568.900	0	0	49.100	49.100	EPS001	9.805.320	30	1.225.700	14-7	9.805.320	30	3	238.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

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 1468 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1468 2026 CRP -10172.pdf	1 PS 1468 2026 CRP -10172.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3 PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1468 2026 CRP -15749.PDF	2 PS 1468 2026 CRP -15749.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5 PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO 26.pdf	PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2026 CUENTA DE COBRO 2026.pdf	PS 1468 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Espacio para
Logo Corporativo

CECILIA DEL CARMEN SAENZ CHACON
NIT 32.791.580-1
CR 65 100 15 TO 5 AP 404
Tel: (605) 3008032316
Bogotá - Colombia
cecisaenz12@hotmail.com

Factura electronica de venta
No. FVE 176

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484
Dirección	DIAGONAL 34 3 14	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	28/09/2026, 08:46
Expedición	28/09/2026, 08:46
Vencimiento	28/09/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICOS SEPTIEMBRE DE 2026 246 HORAS	246.00	28,715,580.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Veintiocho millones setecientos quince mil quinientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Pago a credito - Cuota No. 001 vence el 2026-09-28 por $ 28,715,580.00

Total Bruto	28,715,580.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	28,715,580.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764108555993 aprobado en 20260415 prefijo FVE desde el número 168 al 200 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 4e778ca26510de0d88afbbb23ba14a193f5549819c37b46e4a6e382ec029bf62b3584b0ebae2fc5c0f38b3df4d7fe283

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML