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:	**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**			**$ 1.400.760**
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**				

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS
PS_1493_2026_88E6CD

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**	**12**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.847.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.400.760
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	2. Ejecutar actividades asistenciales, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad, garantizando atención segura, humanizada, oportuna y centrada en el paciente, conforme a criterios científicos, éticos y normativos vigentes. 3. Brindar atención integral en salud con calidad, oportunidad y pertinencia, promoviendo un trato digno, respetuoso y empático hacia el paciente y su núcleo familiar. 4. Informar oportunamente al paciente y su familia sobre el estado clínico, evolución, manejo terapéutico, riesgos y recomendaciones médicas, favoreciendo la toma de decisiones informadas. 5. Cumplir las disposiciones éticas, legales y normativas aplicables al ejercicio profesional y a la prestación de servicios de salud. 6. Registrar de manera completa, clara, veraz y oportuna la información clínica derivada de la atención prestada, garantizando la continuidad asistencial y la confidencialidad de la información. 7. Participar en actividades de investigación, análisis de casos, educación continua y apoyo a procesos de formación del talento humano en salud cuando sea requerido. 8. Reportar oportunamente eventos adversos, incidentes y eventos de notificación obligatoria, participando en acciones de mejora relacionadas con la seguridad del paciente. 9. Apoyar las actividades institucionales relacionadas con habilitación, acreditación y fortalecimiento de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad. 10. Cumplir con la programación de actividades asistenciales concertadas, informando oportunamente novedades que puedan afectar la prestación del servicio o el cumplimiento contractual. 11. Participar en la elaboración, actualización e implementación de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales relacionados con la prestación del servicio. 12. Apoyar la elaboración de respuestas relacionadas con peticiones, quejas, requerimientos y demás solicitudes derivadas del proceso de atención en salud. 13. Contribuir en los procesos de auditoría de cuentas médicas mediante el suministro oportuno de soportes e información clínica requerida para la prevención de glosas. 14. Dar cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos realizados por la supervisión contractual. 15. Asistir y participar activamente en capacitaciones, reuniones, comités y demás espacios institucionales relacionados con el desarrollo del objeto contractual. 16. Utilizar adecuadamente los equipos, recursos e instalaciones suministradas para la prestación del servicio, garantizando su conservación, custodia y uso responsable. 17. Mantener vigente la inscripción y habilitación en los registros requeridos para el ejercicio profesional y portar el carné institucional durante la ejecución contractual. 18. Acreditar oportunamente el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social y parafiscales conforme a la normatividad vigente. 19. Ejecutar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que sean asignadas por la supervisión y que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales.

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° 9511055322	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/11	$ 1.681.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/11	$ 2.286.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/11	$ 327.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 4.295.900

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	*YAMID JOSE PERALTA CABARCAS* *PS_1493_2026_88E6CD* **YAMID JOSE PERALTA CABARCAS** **CC: 15172135**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1493_2026_88E6CD* **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
2026-08	2026-08	646618593	9511055322	I	2026/09/08	2026/09/11	BANCO CAJA SOCIAL	3	$4,305,800

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)					$13,451,200	$2,286,800			$13,451,200	$1,681,400			$0	$0			$13,451,200	$327,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$13,451,200	$2,286,800			$13,451,200	$1,681,400			$0	$0			$13,451,200	$327,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$13,451,200	$2,286,800			$13,451,200	$1,681,400			$0	$0			$13,451,200	$327,700		$0	$0
1	CC 15172135	PERALTA YAMID	25-14	30	$13,451,200	$2,286,800	EPS005	30	$13,451,200	$1,681,400		0	$0	$0	14-11	30	$13,451,200	$327,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$13,451,200	$2,286,800			$13,451,200	$1,681,400			$0	$0			$13,451,200	$327,700		$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	$2,286,800	$5,300	$0	$2,292,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,286,800	$5,300	$0	$2,292,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$327,700	$800	$0	$328,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$327,700	$800	$0	$328,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,681,400	$3,800	$0	$1,685,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,681,400	$3,800	$0	$1,685,200
TOTAL				**1**	**$4,295,900**	**$9,900**	**$0**	**$4,305,800**

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		
☐	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
	3 2026 CUENTA DE GOSTO 2026.pdf	07.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS

NIT: 15172135 - 8
Régimen: No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764116039720
Fecha 23/09/2026 - 23/03/2027
Autorización de Facturación Electrónica del YP284 al YP300
Perteneciente a Régimen Simple de Tributación 0-47
Email: yamidperalta@gmail.com
Teléfono: 3116843395

Departamento	Fecha		
Bogotá	23	09	2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° YP285

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

NIT: 900959051 - 7
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Crédito
Hora emisión: 13:12:52
Total de Lineas: 1

Fecha de firmado: 23/09/2026 13:12:53
Teléfono: 3282828
Medio de pago: Consignación bancaria
Moneda: COP, Peso colombiano

#	CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	U.M	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	12,00	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA servicios prestados como medico especialista en subred centro oriente durante el mes de septiembre de 2026 por total de 12 horas.	WSD				$116.730,00	$1.400.760,00

Notas:

SON: (un millón cuatrocientos mil setecientos sesenta pesos con cero centavos)

CUFE: 160230cd33b9109e24ec097fb8f223477e7c7e9ef66302bb69ae7bed40e50ae8213dc1ff7861101e64cd064f0d7f2b29

Subtotal:	$1.400.760,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$1.400.760,00

Firma Digital: jw/RU72439WVl3vXNohQH8yfj8mt6R2NeA6VDauB6tINg68wM3FMRVJZA12989dD8SN12crRUu0PrJ6cOk5/43zKVBm4gJ+ts6XSZiWohzfKhoKcYj99pP1ndoAa1v5yc7QSLUQxBY7856OmydAyzYe6fSrBLam1d/MOSubqUIlPY1l/citqrP6T+ePTPE2E3axAnW8b13OUn4O71GApjBJvWshwiOCAtoO2mK/iQx3dUPeNobKaYDi+3gWUgxNC9jZPMtaWfvMXL4WkaG9rNcOdqfUokHE1uvgGO4dnGfbj71D0Fe3GvRVqTsP55tITYDWvB5hv5wSFmFwoZqEfYQ==

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.