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:	**DILMER ORLEY GUZMAN YARA**			**CC:**	**5826117**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DILMERGUZMAN@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3122587172**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 54 N° 64A - 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**480970013011**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1509 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 9.558.420**
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**				

DILMER ORLEY GUZMAN YARA
PS_1509_2026_1C1248

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DILMER ORLEY GUZMAN YARA
CC: 5826117
CEL: 3122587172

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			
DILMER ORLEY GUZMAN YARA			
	CON C.C N°	**5.826.117**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA 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 1509 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 69.720.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**102**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 93.897.420	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 9.558.420
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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° 9510469917	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/31	$ 1.562.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/31	$ 2.125.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/31	$ 304.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.992.000

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	*DILMER ORLEY GUZMAN YARA* *PS_1509_2026_1C1248* **DILMER ORLEY GUZMAN YARA** **CC: 5826117**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1509_2026_1C1248* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
2f943c99dce41a692c87a567c8f92bcfdba932a91840b35dbc8c6f086972bcf5395afdf34cf77cb8585ae4a6af322283

Número de Factura: FV-209
Fecha de Emisión: 21/09/2026
Fecha de Vencimiento: 21/09/2026
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: GUZMAN YARA DILMER ORLEY
Nombre Comercial: GUZMAN YARA DILMER ORLEY
Nit del Emisor: 5826117
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 54 64 A 45 CON PARQUE CENTRAL SALITRE ET 2 AP 203 TO 6
Teléfono / Móvil: 3122587172
Correo: dilmerguzman@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
1	4	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO PEDIATRA SUBRED CENTRO ORIENTE PERTENECIENTE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION NO APLICAR IMPUESTOS	NIU	102,00	$ 93.710,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.558.420,00

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
1	PERIODO DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2026	

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
21/09/2026 19:24:48
Documento validado por la DIAN:
21/09/2026 19:24:49
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	9558420
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9558420
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	9558420
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9558420

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

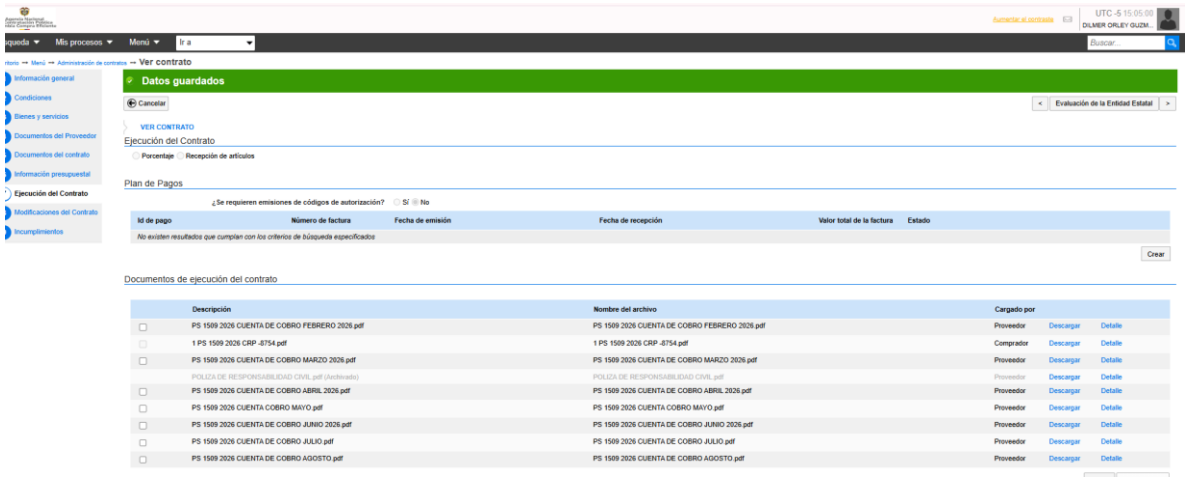
Subtotal	9.558.420,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9.558.420,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	9.558.420,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9.558.420,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764111444491 Rango desde: 201 Rango hasta: 300 Vigencia: 2028-06-19


Aumentar el contraste
UTC -5 15:05:09
DILMER ORLEY GUZM...
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
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
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
1 PS 1509 2026 CRP -8754.pdf
1 PS 1509 2026 CRP -8754.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.pdf (Archivado)
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1509 2026 CUENTA COBRO MAYO.pdf
PS 1509 2026 CUENTA COBRO MAYO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
PS 1509 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle

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 5826117		GUZMAN YARA DILMER ORLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 54 # 64 a 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3122587172	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	609087779	9510469917	I	2026/09/04	2026/08/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,992,000

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)					$12,500,000	$2,125,000			$12,500,000	$1,562,500			$0	$0			$12,500,000	$304,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$12,500,000	$2,125,000			$12,500,000	$1,562,500			$0	$0			$12,500,000	$304,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$12,500,000	$2,125,000			$12,500,000	$1,562,500			$0	$0			$12,500,000	$304,500		$0	$0
1	CC 5826117	GUZMAN DILMER	25-14	30	$12,500,000	$2,125,000	EPS005	30	$12,500,000	$1,562,500		0	$0	$0	14-11	30	$12,500,000	$304,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$12,500,000	$2,125,000			$12,500,000	$1,562,500			$0	$0			$12,500,000	$304,500		$0	$0

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 5826117		GUZMAN YARA DILMER ORLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 54 # 64 a 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3122587172	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	609087779	9510469917	I	2026/09/04	2026/08/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,992,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,125,000	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,125,000	$0	$62,500	$0	$62,500	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,500	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$304,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,562,500	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,562,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$3,992,000	$0	$62,500	$0	$62,500	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$2,125,000
$2,125,000
$304,500
$304,500
$1,562,500
$1,562,500
$3,992,000