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:	**CINDY CAROLINA ABRIL RINCON**			**CC:**	**1022374953**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CARO.CABRIL@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112175328**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TRANSVERSAL 55A N° 137 - 87**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570005570380484**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1514 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 12.931.980**
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**				

CINDY CAROLINA ABRIL RINCON
PS_1514_2026_9D2192

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CINDY CAROLINA ABRIL RINCON
CC: 1022374953
CEL: 3112175328

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			
CINDY CAROLINA ABRIL RINCON			
CON C.C N°	**1.022.374.953**		
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 1514 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 69.720.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**138**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 116.200.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 12.931.980
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° 95502730	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/28	$ 750.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/28	$ 960.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/28	$ 146.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.856.200

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	*CINDY CAROLINA ABRIL RINCON* *PS_1514_2026_9D2192* **CINDY CAROLINA ABRIL RINCON** **CC: 1022374953**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1514_2026_9D2192* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CINDY CAROLINA ABRIL RINCON

NIT: 1022374953
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas IVA
Tipo de persona: Persona Natural
TV 55 A 13787 BL 2 AP 803, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3004929823
Email. ingridcabra73@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No de Factura	FV65
Fecha Emisión	28/09/2026 - 16:03:33
Fecha Vencimiento	28/10/2026
Moneda	COP Peso colombiano
Fecha Firmado	28/09/2026 16:03:35

Autorización factura electrónica de venta No: 18764113127653 válida desde 2026-07-27 hasta 2027-01-27 rango desde FV63 hasta FV200

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	900959051
Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 5 43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3023290575
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito
Fecha de Pago:	28/10/2026
Total de Lineas:	1

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	HM	HONORARIOS MEDICOS PRESTADOS POR LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA	MV	138,00	$93.710,00				$0,00	$12.931.980,00

Subtotal:	$12.931.980,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$12.931.980,00

Son:	(doce millones novecientos treinta y un mil novecientos ochenta pesos con cero centavos)
CUFE:	eff6f52d7db2e3fbc6c99d346a3ad852e55fa414a1bf04b534ca3acf0b0e345a5a47a378b8e37d8377c2578b3e7e0019
Notas:	PRESTADOS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2026

Firma Digital: C4oFbGdUmRS3+AWZUDiSeJ0cIHHpHolhQuSk/Ib8gXELnCq2nYRVb9CMghYysXOR
nX/2PejKS/B62X5+3+CaRA6GjyMP75R0rx8kjP1RkPdWoVwocSUXXbuII0+JttBp
q88gSuMTeX14f+1HkNtuQaNUBL1oamlXqjKanye74x7/NZkiXypNHlR/Rb0Bl/X/
DiRVEQXY+itzLDuXYKnwfwpzx6XSEwSJGitS74tgGlQqJlUMuACm+oTxokyS2LNt
4+fwJzr7KbO/4hAWXc7hLMFV3P7BufQ1ukETWLLK9gfIcM5Hg522gTplPnyY6aCV
SliYrDB9L12VkuqEGchFgQ==
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 de Venta Electrónica.

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	1022374953	CINDY CAROLINA ABRIL RINCON	Carrera 20 # 122-74 apto 210	2922107	caro.cabril@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
		95502730	28/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.879.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	750.000	0		0		0	17	9.500	0	759.500	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	960.000	0	0	0	0	17	12.200	0	972.200	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	146.200				146.200	17	1.900	148.100			1.462	148.100	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	17	0	0	0
ICBF				
0	17	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	750.000	759.500
Pensión	1	960.000	972.200
Riesgos Laborales	1	146.200	148.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.856.200	1.879.800

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	1022374953	CINDY CAROLINA ABRIL RINCON	Carrera 20 # 122-74 apto 210	2922107	caro.cabril@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
		95502730	28/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.879.800	

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	Excarcelado	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 1022374953	ABRIL RINCON CINDY CAROLINA	57	0			N																	230301	6.000.000	30	960.000	0	0	0	0	EPS005	6.000.000	30	750.000	14-7	6.000.000	30	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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