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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.010.163.103					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1657 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.229.440		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 11.455.392		
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	6277	**Nº CDP:**	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**		**PRORROGAS**		
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

ITEM	**IV. 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	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.
2	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equida.

3	Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalizacion partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHES de la Victoria y Materno Infantil.
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Lidera el programa de parto humanizado, sexologia clinica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupcion Voluntaria del Embarazo IVE, Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos etadisticos, indicadores y registros.
6	Cumple con el codigo de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, asi como la socializacion y cumplimiento en la divulgacion de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institucion.
7	Realiza el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8	Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clinicas pára los analisis previos y con la SDS de pacientes con sifilis gestacional, VI, mortalidad materna , morbilidad materna extrema.
9	Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial.
10	Garantiza la reserva y la custodio de los documentos de las pacientes.
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia
12	Portò el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales
13	Cumplò oportunmente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4245020905	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	2/01/2025	$ 538.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2/01/2025	$ 689.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2/01/2025	$ 105.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.333.000

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

Nelly Chavista

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ
CC: 1010163103
CEL: 3163812660

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ	**CC:**	1010163103
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	yamarychavista@gmail.com	**TELÉFONO:**	3163812660
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 22 #18-66 Apartamento 729	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.

NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	(X)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488412653484**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1657 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	6277	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 75.229.440**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 11.455.392					
	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE					

Nelly Chavista

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ
C.C 1010163103
cel: 3163812660

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.010.163.103**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1657 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.229.440		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 11.455.392
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1) DE UNO (1)	**Nº CRP INICIAL:**	6277	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478208681	**OPERADOR:**	APORTES EN LÍNEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	XX	
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

IV. 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 (2/01/2025) AL (31/01/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO CARGO: LIDER HOSPITAL LA VICTORIA NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
NIT: 1010163103-7
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CR 22 #18-66 APTO 729, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 57
Tel. 3163812660
Email. yamarychavista@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764085051091 válida desde 2024-12-10 hasta 2025-06-10 rango desde FE48 hasta FE200.

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT : 900959051
Dirección: DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3444484
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FE48**
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 14:58:11-05:00
FECHA FIRMADO: 13/01/2025 14:58:14

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13	01	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Mes de enero 2025	WSD	134,00	$85.488,00				0,00	$11.455.392,00

Notas:

SON: (once millones cuatrocientos cincuenta y cinco mil trescientos noventa y dos pesos)
CUFE: 91bca63b71dd8ca55d1d802af0108d772aa7d865abcc799ff4ddcca4debffeb7da1a90f435d4b7993b7ff93597f0a3e1

Subtotal:	$11.455.392,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$11.455.392,00

Firma Digital: f0dpyVZSlA4rNlqYCTYVDDloF4AvII7oflEsjakWWeDQlRS4YPlITp/UGTU5a1ip ThPb3jd5Qokcj47uyA6DDdm+G9s7nFfLN/Kp7RGxhv3TxEW3kZ kzZg4D319TSweL Gee0DzYhAIEL/9r8dcPDcQd4SDvOdpXwEiFKfw8szjQEwiynRxbzb1bhwAeoMBPu 7ITkadqD9YHn9M5/BRHZvoWgz+tb7PXALmj XVtREnPExTMekaiHaaMGvphaLvK1U khjetkz3AGHuIB4eYT6HE04dIFQk3xQgYqiyShJWMV0dp2mTddaPeVy4aGEq3jS0 uCD6W2ILLPDR0bL5p4TF tQ==

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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010163103		CHAVISTA GUTIERREZ NELLY YAMARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 22 NO 18 66 APT 729	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1166227809	9478208681	I	2025/01/03	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,333,000

RESUMEN DE PAGO

RESUMEN	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$689,400	$0	$0	$689,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$689,400	$0	$0	$689,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$105,000	$0	$0	$105,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$105,000	$0	$0	$105,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$538,600	$0	$0	$538,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$538,600	$0	$0	$538,600
TOTAL				1	$1,333,000	$0	$0	$1,333,000

2025/01/01 08:51 AM