Secretaría Distrital de Integración Social 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						
MARIA CATALINA BAEZ-SILVA ARIAS						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.032.409.287			
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 1661 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:			$ 7.180.992
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	6281	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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)
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		
Nº DE POLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, 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 dentro 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.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE	**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 GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CATALINA BAEZ-SILVA ARIAS	**CC:**	1032409287
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	anasbaezsilva@gmail.com	**TELÉFONO:**	3168226618
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 127C BIS # 06-46	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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

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

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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**007170512680**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1661 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**6281**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 75.229.440**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 12/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					7.180.992
	SIETE MILLONES CIENTO OCHENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE					

MARIA CATALINA BAEZ-SILVA ARIAS
C.C 1032409287
cel: 3168226618

	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	MARIA CATALINA BAEZ-SILVA ARIAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.032.409.287

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 1661 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:		$ 7.180.992
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(3 de 3)	Nº CRP INICIAL:	6281	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:	1071217564		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION 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 – PRORROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
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)
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	
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX

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 articulo 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 (01/03/2025) AL (12/03/2025)

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 PARAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

Espacio para
Logo Corporativo

MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS
NIT 1.032.409.287-1
CL 127 C BIS 06 46 AP 808
Tel: 3168226618
Bogotá - Colombia
catabaezsilva@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FEV 95

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DG 34 3 14 BOGOTÁ D.C.	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	14/03/2025, 14:53
Expedición	14/03/2025, 14:53
Vencimiento	14/03/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	HONORARIOS COMO GINECÓLOGA Y OBSTETRA ABRIL 2025	1.00	16,360,992.00	16,360,992.00

Total items: 1

Total Bruto	16,360,992.00
Total a Pagar	16,360,992.00

Valor en Letras: Dieciseis millones trescientos sesenta mil novecientos noventa y dos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-03-14 por $ 16,360,992.00

Observaciones: Pertenezco al regimen simple de tributación. Favor abstenerse de practicar retenciones

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 18764081120879 aprobado en 20241007 prefijo FEV desde el número 84 al 100 Vigencia: 6 Meses** - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: bd3c536c398adb380ab3a69ac86cf3f0be569ed9c01c1a33d83ed0f5b42f75446171bdf738ef9dd35dfe7877f4950370

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

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-15, 12:42:39 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2025
Empresa	MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032409287
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071217564
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1338968294
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 1.903.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 1.013.200	$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 745.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 145.200	$ 0
			SubTotales:	$ 1.903.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 1.903.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!