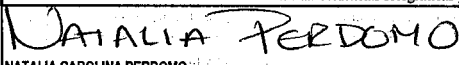
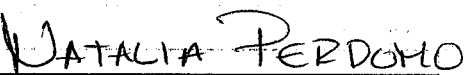


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y NATALIA CAROLINA PERDOMO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.018.427.303		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1860 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	81.249.520	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	81.249.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	19.943.064
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	6461	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PROROGAS
VALOR ADICIONADO	412.471.340	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE POLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A	
FECHA DE LA POLIZA:	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro 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, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.				
2	Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.				
3	Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.				
4	Informo 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	Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.				
6	Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.				
7	Realizo 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	Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.				
9	Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.				
10	Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.				
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.				
12	Reporto al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.				
13	Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.				
14	Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.				
15	Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.				

16	Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		
17	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.		
19	Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.		
20	Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.		
21	Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.		
22	Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones		
23	Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.		
24	Cumpro oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.		
25	Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF		
26	Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1071899395		
OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	11/04/2025	\$ 1.068.700
PENSIÓN:	SKANDIA	11/04/2025	\$ 1.453.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/04/2025	\$ 208.400
OTRO:			
TOTAL PAGADO:			\$ 2.730.600
VI. 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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			
 NATALIA CAROLINA PERDOMO C.C: 1018427303 CEL: 3042953973			

	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: 30/04/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA CAROLINA PERDOMO				CC:	1018427303
CORREO ELECTRÓNICO:	NATIKA99@GMAIL.COM				RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 70 51 72				TELÉFONO:	3042953973
					CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomaré costos y deducciones					(X)	
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 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.						
Régimen 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:			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488405585248
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1860 2025	Nº CDP:		Nº. RP:		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 81249520	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR: 1625	\$ 19.943.064					
CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
 NATALIA CAROLINA PERDOMO 1018427303 3042953973						

		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					
NATALIA CAROLINA PERDOMO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.018.427.303					
INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1860 2025		FECHA INICIO CONTRATO 2/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 81.249.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 19.943.064	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4 DE 4		Nº CRP INICIAL: 6461 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1071899395		OPERADOR: SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION HOSPITALIZACION			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO \$42.471.340		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
III. PÓLIZA(S) (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE XX	
IV. VERIFICACIÓN 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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS					
1		¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		SI NO	
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 (1/04/2025) AL (30/04/2025)					
VALOR ADICIONADO		VALOR ADICIONADO		FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
				XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32	
				YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 005 GRADO 05	

Espacio para
Logo Corporativo

**NATALIA CAROLINA PERDOMO
BELTRAN**

NIT 1.018.427.303-7
67 D 105 D 22 C A
Tel: (601) 3042953973
Bogotá - Colombia
natyka99@gmail.com



**Factura electrónica de venta
No. FVE 66**

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3023290575 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/04/2025, 09:18
Expedición	11/04/2025, 09:18
Vencimiento	11/04/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE PEDIATRIA UNIDAD NEONATAL ABRIL DE 2025 Peretenezco al Regimen Simple de Tributacion	1.00	19,943,064.00

Total Items: 1

Valor en Letras:

Diecinueve millones novecientos cuarenta y tres mil sesenta y cuatro pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-04-11 por \$ 19,943,064.00

Observaciones:

Total Bruto	19,943,064.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	19,943,064.00

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 18764091851581 aprobado en 20250411 prefijo FVE desde el número 66 al 100 Vigencia: 6 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621. Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 22b40d7b910375766208e5dde56c6a230444e4e2dc8220d4f44813e874421c00303a6140ad2c1245566233ffe6f41b8

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



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	2025-04-11, 09:30:54 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	NATALIA CAROLINA PERDOMO BELTRAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 1018427303
Código Sucursal (Nombre)	(C)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071899395
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1404038249
Banco	(1051) BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 2.730.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	\$ 1.445.000	\$ 8.500
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 1.062.500	\$ 6.200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 207.100	\$ 1.300
SubTotales:				\$ 2.714.600	\$ 16.000
Total a Pagar:					\$ 2.730.600