	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

CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	38.363.575
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 1651 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 131.725.760		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 22.140.000
Nº DE INFORME:	6	**Nº CRP:**	4600	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**2**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.707.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12086	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 53.789.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1267	**CRP DE LA ADICIÓN:**	13461		DOS MESES
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:	125		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ADO
FECHA DE LA POLIZA	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 equidad.
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 clinica, 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	Cubrir 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 estadisticos, indicadores y registros.
6	Cumplir con el codigo de ética médico 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.

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**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA	**CC:**	38363575
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	lore_merchan@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3107605229
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 68 5-17 TORRE 4 APARTAMENTO 819	**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 BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	86949553720

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1651 2025**	**Nº CDP:**	**1267**	**Nº. RP:**	**13461**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 131.725.760**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					22.140.000
	VEINTIDOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS M/CTE					

Claudia Merchan

CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA
C.C 38363575
cel: 3107605229

	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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**CLAUDIA LORENA MERCHAN PADILLA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**38.363.575**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 1651 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 131.725.760		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 22.140.000
N° PAGO / N° DE INFORME:	6 de 6)	**N° CRP INICIAL:**	4600	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485898165		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
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							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° 0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.707.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**RP DE LA ADICIÓN:**	12086	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 53.789.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1267	**RP DE LA ADICIÓN:**	13461	**TIEMPO PRORROGADO:**	(DOS MESES)
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**		
N° DE POLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA POLIZA	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 autorizo que los impuestos que debe cancelar para la legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecucion 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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c917eed17b1aae32d7c278a114b0017b6e559fef7cdfde71c8eadf3b93e9c23ad8939ab7ae5310bbdecfbc4bad888cec

Número de Factura: FE-69
Fecha de Emisión: 09/05/2025
Fecha de Vencimiento: 09/05/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MERCHAN PADILLA CLAUDIA LORENA
Nombre Comercial: MERCHAN PADILLA CLAUDIA LORENA
Nit del Emisor: 38363575
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 68 5 17 TO 4 AP 819
Teléfono / Móvil: 3107605229
Correo: lore_merchan@hotmail.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-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 3 14
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	Servicios Medicos	Servicios ginecologicos u obstétricos	HUR	246,00	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 22.140.000,00

Notas Finales

Servicios Especializados en Ginecología y Obstetricia del mes de Mayo de 2025 Contrato PS 1651 2025
Linea de negocio:

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38363575		MERCHAN PADILLA CLAUDIA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AK 68 # 5-17 Torre 4 Apartamento 819	BOGOTA BOGOTA D.E.	9256831	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1471299671	9485898165	I	2025/05/19	2025/05/12	BANCOLOMBIA	0	$2,966,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificacion		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vig		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								$9,288,000	$1,579,100			$9,288,000	$1,161,000			$0	$0			$9,288,000		$226,300		$0	$0		$2,966,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								$9,288,000	$1,579,100			$9,288,000	$1,161,000			$0	$0			$9,288,000		$226,300		$0	$0		$2,966,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$9,288,000	$1,579,100			$9,288,000	$1,161,000			$0	$0			$9,288,000		$226,300		$0	$0		$2,966,400
1	CC	38363575	MERCHAN CLAUDIA										X									23100 1	30	$9,288,000	$1,579,100	EPS001	30	$9,288,000	$1,161,000		0	$0	$0	14-7	30	$9,288,000	2.436%	$226,300	0	$0	$0	No	$2,966,400
Total Afiliados(1)																								$9,288,000	$1,579,100			$9,288,000	$1,161,000			$0	$0			$9,288,000		$226,300		$0	$0		$2,966,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38363575		MERCHAN PADILLA CLAUDIA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AK 68 # 5-17 Torre 4 Apartamento 819	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9256831	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1471299671	9485898165	I	2025/05/19	2025/05/12	BANCOLOMBIA	0	$2,966,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,579,100	$0	$0	$1,579,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,579,100	$0	$0	$1,579,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,300	$0	$0	$226,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$226,300	$0	$0	$226,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,161,000	$0	$0	$1,161,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$1,161,000	$0	$0	$1,161,000
TOTAL				1	$2,966,400	$0	$0	$2,966,400

2025/05/09 08:58 PM