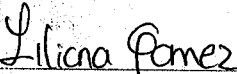
 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div>		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LILIANA ISABEL GOMEZ LUBO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		40.941.588	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBISTRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1652 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:	\$ 131.152.032	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 18.360.000
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	4601
		Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.598.912	CDP DE LA ADICIÓN:	693
VALOR ADICIONADO	\$ 53.323.680	CDP DE LA ADICIÓN:	1267
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	ABC
FECHA DE LA PÓLIZA:	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	DD/MM/AAAA
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	Se han actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMIES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de práctica clínica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel de técnico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.		
2	Se han actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMIES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de práctica clínica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel de técnico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad.		
3	Se han actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalización partos urgencias y consulta prioritaria en la UMIES 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	Cada vez el programa de parto humanizado, sexología clínica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos estadísticos, indicadores y registros.		
6	Cumple con el código de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecología y obstetricia, así como la socialización y cumplimiento en la divulgación de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institución.		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E						CÓDIGO: AP-IA-ET-914	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 6	
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN							
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA ISABEL GOMEZ LUBO				CC:	40941588	
CORREO ELECTRÓNICO:	liliana.gomez@synhosa.com				RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 119 72 A 60 AP 601				TELÉFONO:	3013705939	
					CIUDAD:	BOGOTÁ	
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 1241.6 y							
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 (X)	NO ()	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550006400703416	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1652 2025	Nº CDP:	1267	Nº RP:	13462	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: 131.152.032	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 18.360.889 DIECIOCHO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE						
 LILIANA ISABEL GOMEZ LUBO C.C. 40941588 cel: 3013705939							

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				LILIANA ISABEL GOMEZ LUBO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				40.941.588		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBISTETRA 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 1652 2025		FECHA INICIO CONTRATO		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		75.229.440		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 131.152.032		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 18.360.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(6 de 6)		Nº CRP INICIAL:		4601
Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		1				
PLAZO DEL CONTRATO INCLuyendo PRORROGAS		SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7971256553		OPERADOR:		SOI
PRECISO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JORGE EDUARDO CARO CARO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):			ADICIÓN (2)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.598.912	CDP DE LA ADICIÓN:	693	RP DE LA ADICIÓN:	12087	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 53.323.680	CDP DE LA ADICIÓN:	1267	RP DE LA ADICIÓN:	13462	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)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: (MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿EXISTEN POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		
Nº DE POLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA POLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE CERTIFICA 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/05/2025) AL (31/05/2025)						
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 95				

NIT: 40941588-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CL 119 72 A 60 AP 601, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3076543

Autorización facturación electrónica No. 18764092879671 válida desde 2025-05-07 hasta 2025-11-07 rango desde FE73 hasta FE1000

Régimen Simple de Tributación

No. de Factura	FE74
Fecha Emision	12/05/2025 09:04:42-05:00
Fecha Vencimiento	10/06/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	10/06/2025
Total de Lineas:	1

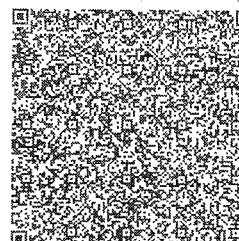
35100000-0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HONORARIOS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL 1-31 DE MAYO DEL 2025..... PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION	WSD	204.00	\$90.000.00				0.00	\$18.360.000.00

Código de barras:	446753ba454ddef12fbaa10dd28d6c1629ea8878f2c1d98d43937f737da44654346e4e3b5d6c4ebc2e6e34419a195e08
Total en letra:	(dieciocho millones trescientos sesenta mil pesos)

Fr n r i g b l f s i n o n k s q 2 n i c s 3 5 n c 1 r e 1 y 7 f g 1 u 1 5 o r b w w x 2 n g i j n t e o q k f 1 0 r 3 y
a z i o 2 i s s u l u o o 2 p h e y f e g b d c 2 h z r z e m o o / s o y a
R e j a i e l l a b o c n 1 2 k b i y b u c 2 t o c m 1 2 m o s i r n i a d e p o a n o d s n 5 0 a b i y f d i c h k 7 l d 2 a c x u w y z l w x 2 a f s o b a c t i c m l p s e o w 2 y s e
e i e f i e a i i d i 5 5 a 4 w e v s s o i l e o f e 5 e 7 2 i 5 o c s v i r g 7 m y s o c 5 b a z s i l c h a l u N y x l k f o n q s u e q c a n i n h 3 i d o c i t e s o c g w p r z e
o i e

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.





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 40941588
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LILIANA ISABEL GOMEZ LUBO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 119 72 A 60 APTO 601 TELÉFONO: 8076543
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NÚMERO PLANILLA:	7971256553 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025 SALUD. AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1474882427

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 1.285.200
SUBTOTAL:			1	\$ 1.285.200

SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1	\$ 945.000
SUBTOTAL:			1	\$ 945.000

CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 45.400
SUBTOTAL:			1	\$ 45.400

RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 184.200
SUBTOTAL:			1	\$ 184.200

VALOR SIN MORA:	\$ 2.459.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 2.459.800