Secretaría Distrital 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 GESTION	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:	$ 104.342.976		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 21.060.000	
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	6281	Nº CDP:	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) 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:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2.382.336	CDP DE LA ADICIÓN:	693	CRP DE LA ADICIÓN:	12096	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 26.731.200	CDP DE LA ADICIÓN:	1267	CRP DE LA ADICIÓN:	15882	TIEMPO PRORROGADO:	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 PÓLIZA:	125	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ARC	
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clínica 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.
2	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHES la Victoria y Materno infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clínica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, 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 especialista en los CAPS, hospitalización 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, 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 medica 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.
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 clínicas para los análisis previos y con la SDS de pacientes con riesgo gestacional, VI, mortalidad materna , morbilidad materna extrema.

9	Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecología y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial.
10	Garantiza la reserva y la custodia 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	Porté el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales
13	Cumplo oportunamente 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:	**1072662142**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	13/05/2025	$ 1.054.700
PENSIÓN:	PORVENIR	11/04/2025	$ 1.434.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/04/2025	$ 205.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.694.800

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA CATALINA BAEZ-SILVA ARIAS
CC: 1032409287
CEL: 3168226618

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:	MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS	CC:	1032409287
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	[redacted]	TELEFONO:	3168226618
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 127C BIS # 96-46	CIUDAD:	BOGOTA

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

NO tomaré costos y deducciones	(XO)
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

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

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1661 2025	**Nº CDP:**	1267	**Nº. RP:**	15882	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 104,342,976**
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)	$					21,060,000
	VEINTIUN MILLONES SESENTA MIL PESOS M/CTE					

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

Secretaría Distrital 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

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:	$ 104.342.976		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 21.060.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(6 de 6)	**Nº CRP INICIAL:**	6281	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1072662142		**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 (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.382.336	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**RP DE LA ADICIÓN:**	12696	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 26.731.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1267	**RP DE LA ADICIÓN:**	15882	**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**		
Nº 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 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 (1/05/2025) 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 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 99

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444464 - Ext. 000	**Generación**	12/05/2025, 20:17
Dirección	DG 34 3 14 BOGOTÁ D.C.	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	12/05/2025, 20:17
				Vencimiento	12/05/2025

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	HONORARIOS COMO GINECÓLOGA Y OBSTETRA	1.00	21,060,000.00	21,060,000.00

Total Items: 1

Valor en Letras: Veintiun millones sesenta mil pesos m/cte

Total Bruto	21,060,000.00
Total a Pagar	21,060,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-05-12 por $ 21,060,000.00

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 18764091778759 aprobado en 20250409 prefijo FEV desde el número 97 al 100 Vigencia: 6 Meses** - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa

CUFE: efe0ed9128b590069ed3ea6c8f4bbac4ab7cf098d6e2648622685a7b887c690427e3c0b7c5252f46432567a55cd56afa

Elaborado en Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.018.145-8 Nombre Software: Siigo Nube. Forma electrónica de pago 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	2025-05-13, 01:03:19 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2025
Empresa	MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032409287
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1072662142
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1478132770
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 2.694.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N8[illegible]8	230301	PORVENIR	1	$ 1.434.500	$ 0
N8[illegible]1	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 1.054.700	$ 0
N8[illegible]0	14-11	ARL SURA	1	$ 205.600	$ 0
		SubTotales:		$ 2.694.800	$ 0
		Total a Pagar:			$ 2.694.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 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.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!