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 CONTRATACION 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

LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.056.612.844				
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 1668 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.329.440	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 113.315.680		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 17.820.000
Nº DE INFORME:	6	**Nº CRP:**	6288	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
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**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2.165.760	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12101	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 35.820.480	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1267	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15886	**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:	024	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		SBC	
FECHA DE LA PÓLIZA	10/01/2025	**FECHA DE APROBACIÓN:**		10/01/2025	

ITEM	**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)**
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 manejó 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, cumplendo 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, atencion y recomendaciones de egresa, 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 estadisticos, indicadores y registros.
6	Cumple con el codigo de ética medica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, asi como la socialización y cumplimiento en la divulgacion de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la insitucion.
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 para 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, socializando 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	Portó 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:	9485910111	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA E.P.S	12/05/2025	$ 837.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/05/2025	$ 1.138.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	$ 163.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.138.600

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

Leidy Moreno

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES
CC: 1056612844
CEL: 3174533513

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 VERSION: 6

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES	CC:	1056612844
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	[redacted]	TELÉFONO:	3174533513
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 69B 25 70 INTE 2 APTO 401	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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488441116016

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1668 2025	Nº CDP:	1267	Nº. RP:	15886	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: $ 113.215.680
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)	$ 17.820.000					
	DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE					

Leidy Moreno

LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES
C.C. 1056612844
cel: 3174533513

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	**LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES**
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.056.612.844**

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 1668 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 113.215.680		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 17.820.000
N° PAGO /N° DE INFORME:	6 de 6	**N° CRP INICIAL:**	6288	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485910111		**OPERADOR:**		APORTES EN LINEA
PERIODO 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

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICIÓN (2)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.165.760	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**RP DE LA ADICIÓN:**	12101	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 35.820.480	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1267	**RP DE LA ADICIÓN:**	15886	**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)

SE PIDIÓ 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 autorizó 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 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

LEIDY BIBIANA MORENO COLMENARES
NIT 1.056.612.844-0
cll 77 a bis # 114 a 23
Tel: (601) 3174533513
Bogotá - Colombia
Lbmorenoc@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FEV 69

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE .			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484 - Ext. 000	**Generación**	11/05/2025, 14:26
Dirección	DG 34 3-14 Bogota D.C.	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	11/05/2025, 14:26
				Vencimiento	11/05/2025

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios medicos como especialista en Ginecología y obstetricia mayo 2025	198.00	17,820,000.00

Total Items: 1

Total Bruto	17,820,000.00
Total a Pagar	17,820,000.00

Valor en Letras:
Diecisiete millones ochocientos veinte mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación $ 17,820,000.00

Observaciones:
DECLARO PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.
CONSIGNAR POR FAVOR A LA CUENTA AV VILLAS 045738676

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 18764076504093 aprobado en 20240805 prefijo FEV desde el número 48 al 100 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: a68d63da158edab0e066ba7302e595c66f7fa2ff3d0f9018d4e67aec8155ca43993fb4ff7a78eb858d3252d81d1680916

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.095.213-0. Número Software Siigo Nube: Firma electrónica, con el Nit.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056612844		MORENO COLMENARES LEIDY BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 69 b # 25 70 int 2 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605520	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	1474070323	9485910111	I	2025/05/13	2025/05/12	BANCO AV VILLAS	0	$2,138,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	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
SUELDO: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$6,696,000	$1,138,400			$6,696,000	$837,000			$0	$0			$6,696,000		$163,200		$0	$0		$2,138,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$6,696,000	$1,138,400			$6,696,000	$837,000			$0	$0			$6,696,000		$163,200		$0	$0		$2,138,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$6,696,000	$1,138,400			$6,696,000	$837,000			$0	$0			$6,696,000		$163,200		$0	$0		$2,138,600
1	CC	1056612844	MORENO LEIDY														X			231001	20	$6,696,000	$1,138,400	EPS037	30	$6,696,000	$837,000		0	$0	$0	14-11	30	$6,696,000	2.426%	$163,200	0	$0	$0	No	$2,138,600
Total Afiliados(1)																						$6,696,000	$1,138,400			$6,696,000	$837,000			$0	$0			$6,696,000		$163,200		$0	$0		$2,138,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056612844		MORENO COLMENARES LEIDY BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 69 b # 25 70 int 2 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605520	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	1474070323	9485910111	I	2025/05/13	2025/05/12	BANCO AV VILLAS	0	$2,138,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,138,400	$0	$0	$1,138,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,138,400	$0	$0	$1,138,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$163,200	$0	$0	$163,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$163,200	$0	$0	$163,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$837,000	$0	$0	$837,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$837,000	$0	$0	$837,000
TOTAL				1	$2,138,600	$0	$0	$2,138,600

2025/05/11 02:19 PM