



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JESSICA PAOLA GUTIERREZ CASTELLANOS

CON C.C.N°

1.018.482.320

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4576 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 8/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 18.804.364 **No. HORAS EJECUTADAS** 186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.508.260 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.559.662

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS SEIS (6) MESES Y VEINTE (20) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO

II. 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)

1	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clinica 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 clinica 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 especializada 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 Interrupcion 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.
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 sífilis 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	Portó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales
13	Cumplió oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad

III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	87388095		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS	13/06/2025	\$ 425.300		
PENSIÓN:	PORVENIR	13/06/2025	\$ 544.300		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/06/2025	\$ 82.900		
OTRO					
TOTAL PAGADO:				\$ 1.052.500	

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibo 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, art, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JESSICA PAOLA GUTIERREZ CASTELLANOS CC No 1018482320
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSICA PAOLA GUTIEREZ CASTELLANOS			CC:	1018482320
CORREO ELECTRÓNICO:	jessi_1896@hotmail.com			RUT:	xxxxx
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cra 80# 8-11 torres de santa barbara			TELÉFONO:	3204022800
				CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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:	BANCO COLPATRIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 4742019984
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4576 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL		\$	6.559.662
FECHA DE INICIO CONTRATO	8/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/08/2025	\$ 27.508.260
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	\$				6.559.662


 JESSICA PAOLA GUTIEREZ CASTELLANOS
 C.C 1018482320
 cel: 3204022800

