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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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 NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ					
		CON C.C N°	1.010.163.103		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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 1657 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**75.229.440**	**No. HORAS EJECUTADAS**	140		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**76.853.760**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 12.600.000,00**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas 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 denro 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 hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro 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, 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 atencion.
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 etadisticos, indicadores y registros.
6	Cumple con el codigo de ética médica 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.
8	Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clinicas pára los analisis previos y con la SDS de pacientes con sifilis gestacional, VI, mortalidad materna , morbilfilidad materna extrema.
9	Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial.
10	Garantiza la reserva y la custodio 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	Porto el carnet institucíol de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales
13	Cumplo oportunente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad

III. VERIFICACION 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 clausula **"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:	9487153488	**OPERADOR:**	Aportes en linea	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**SANITAS**	4/06/2025	**$ 657.000**	
PENSIÓN:	**PORVENIR**	4/06/2025	**$ 841.000**	
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	4/06/2025	**$ 128.100**	
OTRO			**$** -	
	TOTAL PAGADO		**$ 1.626.100**	

V. 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	NELLY CHAVISTA **NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ** **CC No 1010163103**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**YANITH PIRAGAUTA GUTIÉRREZ** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**JORGE EDUARDO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ	**CC:**	1010163103
CORREO ELECTRÓNICO:	yamarychavista@gmail.com	**TELÉFONO:**	3163812660
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 22 #18-66 Apartamento 729	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	(X)

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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***488412653484***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1657 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**		**12.600.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025	**76853760**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NÚMEROS)	$ 12.600.000			

NELLY CHAVISTA

YAMARY CHAVISTA GUTIÉRREZ
C.C 1.010.163.103
Cel: 3163812660

NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
NIT: 1010163103-7
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CR 22 #18-66 APTO 729, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 57
Tel. 3163812660
Email. yamarychavista@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764085051091 válida desde 2024-12-10 hasta 2025-06-10 rango desde FE48 hasta FE200.

Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT :	900959051
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Tipo de negociación:	Contado
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FE54**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**15:47:58-05:00**
FECHA FIRMADO:	**01/06/2025 15:48:01**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	06	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Mes de junio 2025	WSD	140,00	$90.000,00				0,00	$12.600.000,00

Notas:

SON: (doce millones seiscientos mil pesos)
CUFE: aff20302fa2a1689185381254372036b207ec9d8220ad9d1fb6a1fac4b8a306a7227199879f74b509920b5774feed7d1

Subtotal:	$12.600.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$12.600.000,00

Firma Digital: ERLiLCn7gntlE/6PF5mLeUS7JjE0olyUtlKDG62jdLU1na9DQboyXgzHCzOG0/uB scOPBnOTbRT8uKNxYyW+TYxEVOMnRH1TRvwichu8HonHmBv02j QGZl1x2+tlEeeH R16y7iPQwbAGmloa4Ulp/TbpmaPtGLgP+S68E6d8gNJzi79hUOGWLql2jDGJgPAA F8tedDb20AJgl6lrs3Ev4pKWd7N9P0TaNVr ofD2oMGSmLoGpbzkGveeOt8VxVhQ9 QWfzdO1+PzXJpFoCV7tBqaihc+d6MmGo35Bz+1uFxxHL20Ul/oB1RgTjl7TVDyoD qZY5wlNVigu/Y8xluQsp FQ==

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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010163103		CHAVISTA GUTIERREZ NELLY YAMARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 22 NO 18 66 APT 729	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1529613954	9487153488	1	2025/06/04	2025/06/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,626,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$841,000	$0	$0	$841,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$841,000	$0	$0	$841,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$128,100	$0	$0	$128,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$128,100	$0	$0	$128,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$657,000	$0	$0	$657,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$657,000	$0	$0	$657,000
TOTAL				1	$1,626,100	$0	$0	$1,626,100

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2025/06/04 12:40 PM