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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ**			**CC:**	**1010163103**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YAMARYCHAVISTA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3163812660**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 19A 151 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488412653484**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1657 2025**	**N° CDP:**	**1799**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 11.700.000**					

NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
PS_1657_2025_C877D1-2025-07-18 07:40:39

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
CC: 1010163103
CEL: 3163812660

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 GUTIERREZ				
		CON C.C N°	**1.010.163.103**	
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 1657 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**130**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.972.736	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 11.700.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO			

ITEM	**II. 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)**
	Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes. 2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros. 9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. 12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 13. reportar los eventos de notificación obligatoria. 14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales

sea convocado.
17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones

18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.
19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.
21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales
22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred
23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .
24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio

1	

III. 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9487153965	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/01	$ 630.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/01	$ 806.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/01	$ 122.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.559.200

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ* *PS_1657_2025_C877D1-2025-07-18 07:40:39* **NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ** **CC: 1010163103**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1657_2025_C877D1-2025-07-18 19:17:19* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1657_2025_C877D1-2025-07-18 19:31:39* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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. 18764095278246 válida desde 2025-07-07 hasta 2026-01-07 rango desde FE55 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

Método de pago:	Contado
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FE55**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**19:59:44-05:00**
FECHA FIRMADO:	**17/07/2025 19:59:48**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	07	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	WSD	130,00	$90.000,00				0,00	$11.700.000,00

Notas:

SON: (once millones setecientos mil pesos)

CUFE: 18b2253f4092e3d3cbdfcb5002d60346dde6b9a7077adaaa4c0a6d1bdbcebf8a460a3460af59f460d1010303cb4234ab

Subtotal:	$11.700.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$11.700.000,00

Firma Digital: sEStzWTshdt869gSzkRlcXlRkcOJROyfpR4Kp0h65vednFdlivlDY45jBrK2ds/e vbj5SdFIIOzoovAivOPHlaYnDjYtVc2Wd66EbvMdwhQjctVXaK VYo2tdOZ1xPVVB EYAKw5dqR/hp4RbdVkqjbBXZ1K5wAfEeMzPOkOGzfNM8yDJRlbTGSLR98JlOkWHp /bD0gDn6BzredDzxClZezun8kCnh2LWlo2e HZLQ3E3olijmVnCEHu/15GvaRXLrJ wDsB0r0HBOD6H3hzgYr/IM1Mx3nUEEU7r305HRRx2f/3nuUlNrdaOb1Duj0lb2Zj xTJlelRWb2QCJGR8ZRep tg==

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
2025-06	2025-06	1593090703	9487153965	I	2025/07/02	2025/07/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,559,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,040,000	$806,400			$5,040,000	$630,000			$0	$0			$5,040,000	$122,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,040,000	$806,400			$5,040,000	$630,000			$0	$0			$5,040,000	$122,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,040,000	$806,400			$5,040,000	$630,000			$0	$0			$5,040,000	$122,800		$0	$0
1	CC	1010163103	CHAVISTA NELLY	230301	30	$5,040,000	$806,400	EPS005	30	$5,040,000	$630,000		0	$0	$0	14-7	30	$5,040,000	$122,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$5,040,000	$806,400			$5,040,000	$630,000			$0	$0			$5,040,000	$122,800		$0	$0

2025/07/01 10:50 AM

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
2025-06	2025-06	1593090703	9487153965	I	2025/07/02	2025/07/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,559,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$806,400	$0	$0	$806,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$806,400	$0	$0	$806,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$122,800	$0	$0	$122,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$122,800	$0	$0	$122,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$630,000	$0	$0	$630,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$630,000	$0	$0	$630,000
TOTAL				1	$1,559,200	$0	$0	$1,559,200

2025/07/01 10:50 AM