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: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ**				**CC:**	**1010163103**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YAMARYCHAVISTA@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3163812660**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 22 18 66**				**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:**	**2526**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 14.580.000**					

NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ
PS_1657_2025_02DDC6

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**	**162**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 123.517.056	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 14.580.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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)**
	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de mi especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas que tomo en la atención médica procuran el mejoramiento de la salud del paciente. Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Realizo las actividades según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades donde se presta el servicio y sea requerido. Informo 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. Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones que me permitan mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. Respeto los derechos del paciente, cumplo el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde presto la atención. Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación e imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad con mi especialidad, realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. Diligencio en forma completa, oportuna, 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 propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma. Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas, y respondo por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. Reporto al área de recursos físicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destinen a las actividades asistenciales.

Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.

Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que estoy obligado a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.

Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales, evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de las EAPB.

Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente, apoyo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.

Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.

Apoyo 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.

Instruyo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad.

Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado.

Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.

Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la subred realice en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros.

Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad.

Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.

Porto el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.

Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades.

Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de mi especialidad relacionados con esta.

Participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales.

Sigo los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred.

Asisto y participo en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia.

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9489804633	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/01	$ 585.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/01	$ 748.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/01	$ 114.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.448.100

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_02DDC6* **NELLY YAMARY CHAVISTA GUTIERREZ** **CC: 1010163103**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1657_2025_02DDC6* **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_02DDC6* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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
2025-07	2025-07	1668757657	9489804633	I	2025/08/04	2025/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,448,100

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
1	CC	1010163103	CHAVISTA GUTIERREZ NELLY YAMARY	231001	30	$4,680,050	$748,900	EPS005	30	$4,680,050	$585,100		0	$0	$0	14-7	30	$4,680,050	$114,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$4,680,050	$748,900			$4,680,050	$585,100			$0	$0			$4,680,050	$114,100		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$748,900	$0	$0	$748,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$748,900	$0	$0	$748,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$114,100	$0	$0	$114,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$114,100	$0	$0	$114,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$585,100	$0	$0	$585,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$585,100	$0	$0	$585,100
TOTAL				**1**	**$1,448,100**	**$0**	**$0**	**$1,448,100**

2025/08/22 09:16 PM

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

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : FE56
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 21:40:53-05:00
FECHA FIRMADO: 04/08/2025 21:40:57

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
04	08	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Mes de agosto	WSD	162,00	$90.000,00				0,00	$14.580.000,00

Notas:

SON: (catorce millones quinientos ochenta mil pesos)
CUFE: 4ac5e752bc2ad3e6f1eaef11e7d49418ec3cfad3dbde12dc8e1fb3c489c0c2f47cf90ed1b789a340ccd1199fde16127e

Subtotal:	$14.580.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$14.580.000,00

Firma Digital: KINw8vE7FYzB3+lO9b9C4aQ2BGyIc0CvrZMLUd+/VI9cf2reEfPO3WOSRm76+0AX
3tpfExMDrmoL7PGpuh5dmZhUzy/a0gSxdEvRc1YnVSyLHX3WJ0
Ih+I1B1Ffv3SAL kc+2eZdF71XxZwfAAmMyBvpNK5WMIYN88beD+jaNoV0NxsHWjnWCY0ifZsPMhz0V I1RWlEFKOr/5djgOGem032s8eyzfhFNeZ2H
6YEsimFq2liDQA3C/2VuhGD+AXsl9 2aEXc+YiHGblZvjXnfINeybWilQ9OaBGGV6oKn0eeiU1Vg8TL3wzjxoPfGiW314O Ia1CWcDcbNXFYL+cklJE
FA==

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.