**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:** | **MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS** | | | **CC:** | **1032409287** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ariasBAEZSILVA@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3168226618** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 127C BIS # 06 46** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **007170512680** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1661 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** | **$ 17.820.000** | | | | | |

*MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS*
*PS_1661_2025_1DE18D*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS**
**CC: 1032409287**
**CEL: 3168226618**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.032.409.287** | |
| **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 1661 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **198** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 188.190.720 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 17.820.000 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. 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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.<br>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.<br>11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia.<br>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.<br>13. reportar los eventos de notificación obligatoria.<br>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.<br>15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.<br>16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.<br>17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones<br>18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.<br>19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.<br>20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.<br>21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales<br>22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred<br>23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia .<br>24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio |

| **III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | | | |
|---|---|---|---|
| ***SE VERIFICA 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° 1074854458 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | ALIANSALUD | 2025/08/13 | $ 1.100.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/08/13 | $ 1.495.999 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/08/13 | $ 214.400 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 2.810.399 |

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** | *MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS*<br>*PS_1661_2025_1DE18D*<br>**MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS**<br>**CC: 1032409287** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1661_2025_1DE18D*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JORGE EDUARDO CARO CARO*<br>*PS_1661_2025_1DE18D*<br>**JORGE EDUARDO CARO CARO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

Espacio para
Logo Corporativo

**MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS**
NIT 1.032.409.287-1
CL 127 C BIS 06 46 AP 808
Tel: 3168226618
Bogotá - Colombia
catabaezsilva@gmail.com

Factura electrónica de venta
**No. FEV 108**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E | | |
| **NIT** | 900.959.051-7 | **Teléfono** | (601) 3444484 - Ext. 000 |
| **Dirección** | DG 34 3 14 BOGOTÁ D.C. | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 19/08/2025, 12:44 |
| **Expedición** | 19/08/2025, 12:44 |
| **Vencimiento** | 19/08/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HONORARIOS COMO GINECÓLOGA Y OBSTETRA | 1.00 | 17,820,000.00 | 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:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-08-19 por $ 17,820,000.00

**Observaciones:** Pertenezco al regimen simple de tributación. Favor abstenerse de practicar retenciones

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 18764093639990 aprobado en 20250527 prefijo FEV desde el número 101 al 200 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** ebc0aef2da1acc9ab9f2080d398cadfe6d11f956e5881819e7643deb9ca044eb273b6618f4874d4e7c9ee1aaaacbac40

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-08-13, 11:55:25 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2025 |
| **Empresa** | MARIA CATALINA BAEZ SILVA ARIAS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1032409287 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1074854458 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1698437575 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 2.810.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 1.496.000 | $ 0 |
| N830113831 | EPS001 | CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD | 1 | $ 1.100.000 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 214.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 2.810.400 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 2.810.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!