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:	**MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ**				**CC:**	**1001325274**
CORREO ELECTRÓNICO:	**AMARIACAMILAR@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3102958134**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 14C 73D 19 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24078562103**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2943 2025**	**N° CDP:**	**1796**	**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	**$ 3.597.312**					

MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
PS_2943_2025_9602E0-2025-07-16 03:29:15

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
CC: 1001325274
CEL: 3102958134

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			
MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.001.325.274**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2943 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.654.336	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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)**
1	Actividad 3: Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Subred Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente.
2	Actividad 1: Realicé 194 sesiones de terapia respiratoria en los servicios de: Hospitalización y urgencias adultos.
3	Actividad 2: Se realiza terapia respiratoria con atención de calidad, mejorando el patrón respiratorio y condición general de los pacientes.
4	Actividad 4: Realice 194 terapias respiratorias integrales, incluyendo: Inhaloterapia, incentivo respiratorio, rehabilitación, higiene bronquial de traqueostomías.
5	Actividad 5: Se realizó educación del uso de inhaloterapia a 20 familiares. Se realiza educación a 16 familias sobre la técnica del incentivo respiratorio.
6	Actividad 6: ntrega de informe de producción mensual (9 de julio del 2025), entrega de objetivos (9 de julio del 2025) diligenciamiento de drives (9 de julio del 2025 en que se suben evidencias y de información entregada.
7	Actividad 8: Realice 190 formatos de historia clínica. Los formatos de historia clínica se encuentran diligenciados dentro de la aplicación del hospital sistema Dinámica gerencial.
8	Actividad 9: Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
9	Actividad 10: Asistí a una capacitación del equipo AIRVO # 3 y Capacitación de insumos de máscaras de ventilación no invasiva.
10	12. Actividad: Participé en la reunión de Fibrolaringoscopio el día 2 de Julio del 2025
11	Actividad 19: Asistí a 2 Capacitaciones Asistí a una capacitación del equipo AIRVO # 3 el 9/06/2025 Capacitación de insumos de máscaras de ventilación no invasiva, el 11/06/2025
12	Actividad 21: Se realizó limpieza y desinfección de equipos, la evidencia se encuentra en el drive enviado.
13	Actividad 23: Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección de la OMS.

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° 9488174875	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/02	$ 226.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/02	$ 290.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/02	$ 44.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 560.800

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 CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ* *PS_2943_2025_9602E0-2025-07-16 03:29:15* **MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ** **CC: 1001325274**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2943_2025_9602E0-2025-07-17 01:19:37* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **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 1001325274		ARAQUE RODRIGUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 14 c 73 d 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1597517100	9488174875	I	2025/07/16	2025/07/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$560,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400	$44,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400	$44,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400	$44,200		$0	$0
1	CC	1001325274	ARAQUE MARIA	230201	30	$1,812,400	$290,000	EPS008	30	$1,812,400	$226,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,812,400	$44,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400	$44,200		$0	$0

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 1001325274		ARAQUE RODRIGUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 14 c 73 d 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1597517100	9488174875	I	2025/07/16	2025/07/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$560,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,000	$0	$0	$290,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$290,000	$0	$0	$290,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$0	$0	$44,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$44,200	$0	$0	$44,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,600	$0	$0	$226,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$226,600	$0	$0	$226,600
TOTAL				1	$560,800	$0	$0	$560,800