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:	**MARLENI RODRIGUEZ FONSECA**			**CC:**	**51904863**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARLENYRODRIGUEZFONSECA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204392315**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 87D # 127 59**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**9070200622**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2896 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	**$ 4.046.976**					

MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
PS_2896_2025_55A11D-2025-07-17 11:58:02

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
CC: 51904863
CEL: 3204392315

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

MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

CON C.C N°	**51.904.863**

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 2896 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.923.904	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.046.976
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.
2	Asistí a la unidad de recién nacidos el mes de junio 2025 según orden de mi supervisora de contrato.
3	Realice respuesta de 0 interconsultas, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
4	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
5	Proporcione la siguiente información informar la implementación de las recomendaciones y acciones correctivas al líder de apoyo terapéutico y rehabilitación, las recomendación del equipo de infecciones en el diligenciamiento de los paquetes de medidas o los formatos de limpieza y desinfección.
6	Realice 269 sesiones de terapia respiratoria en el área hospitalaria (Unidad de recién nacido, básicos, aislados, salas de partos, salas de cirugía).
7	Realice 309 actividades, 269 pacientes.
8	Se realizaron actividades educativas al paciente y cuidador.
9	Entrega de informe de producción mensual, entrega de objetivos, diligenciamiento de drives, indicadores terapéuticos 02 de julio de 2025.
10	Realice registro completo y con calidad de 269 con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
11	Realice 269 formatos de historia clínica de plan contingencia, realice 0 formatos de consentimiento informado, formatos de contingencia solicitud insumos en farmacia.
12	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
13	Asistí a dos sesiones de capacitaciones del equipo interdisciplinario de terapia.
14	Asistí a la capacitación Alvo 3 el 11 de junio de 2025 a las 7 am y a la capacitación Revisión de asma el 12 de junio de 2025 a las 7 am.

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° 8388073759	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/09	$ 208.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	$ 266.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	$ 40.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 514.900

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	*MARLENI RODRIGUEZ FONSECA* *PS_2896_2025_55A11D-2025-07-17 11:58:02* **MARLENI RODRIGUEZ FONSECA** **CC: 51904863**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2896_2025_55A11D-2025-07-17 18:06:59* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARLENI RODRIGUEZ FONSECA
No. Identificación: CC51904863
Dirección: CARRERA 80 D 127 89 INT 2 CASA 49 CALATRAVA
Telefono: 8072345
Correo: mrfrodriguez22@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8388073759

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARLENI RODRIGUEZ FONSECA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51904863	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2025
Número de planilla	8388073759	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2025
Fecha pago	2025-07-09	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	88073759	**Total Pagado**	548200
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	40600	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	266300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	33300	1
EPS008	Compensar EPS	208000	1

8388073759

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51904863
APELLIDOS Y NOMBRES: MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1664000	1664000	1664000	1664000	208000	0	266300	0	40600	33300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información