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:	**LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA**			**CC:**	**35326346**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUZMARINARAMIREZ7@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3185312670**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8C 167A 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002170030056**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3071 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**					

LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA
PS_3071_2025_19D04C-2025-07-17 13:34:28

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA
CC: 35326346
CEL: 3185312670

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			
LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA			
	CON C.C N°	**35.326.346**	
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 3071 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.843.936	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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 1: 1- Realice 109 sesiones de Terapia Respiratoria en area hospitalaria
2	ACTIVIDAD 2: Realice respuesta de 0 interconsultas, brinde atencion personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guias de atencion para garantizar que la atencion sea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia ..... de la atencion brindada con reporte de lo hecho en la atencion
3	ACTIVIDAD 3: Conozco y cumplo con las politicas y procedimientos establecidos pos la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura organica de la Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	ACTIVIDAD 4: Realice 173 ACTIVIDADES 109 PACIENTES
5	ACTIVIDAD 5: 15% DE ADHERENCIA A LOS PLANES Y ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y SE RECOJIERON 16 FIRMAS
6	ACTIVIDAD 6: Entrega de informe de producción mensual entrega de objetivos, diligenciamiento de drives 04 DE JULIO DE 2025
7	ACTIVIDAD 7: Reailce registro completo y con calidad de 329 con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	ACTIVIDAD 8: REALICE 0 FORMATO DE HISTORIA CLINICA DE PLAN DE CONTIGENCIA, REALICE 0 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFOMADO CONTINGENCIA, SOLICITUD INSUMOS DE FARMACIA
9	ACTIVIDAD 9: Garantice la privacidad de la historia clinica del paciente
10	ACTIVIDAD 10: ASISTI A 3 SESIONES DE CAPACITACIONES DEL EQUIPO
11	actividad 19: Asisti a la capacitacion de cnaf del 11 de junio 2025
12	actividad 21: Proporcione la siguiente informacion informar la implementacion de las recomendaciones y acciones correctivas al lider de apoyo rehabilitacion las recomendacion del equipo de infecciones en el diligenciamiento los paquetes de medidas o los formatos de limpieza y desinfeccion)
13	actividad 23: Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza desinfeccion
14	actividad 24: Asisti a la unidad HOSPITALIZACION Y URGENCIAS el mes de junio 2025 según orden de mi supervisora de contrato

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° 9488244901	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/08	$ 194.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/07/08	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/08	$ 37.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 231.900

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	*LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA* *PS_3071_2025_19D04C-2025-07-17 13:34:28* **LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA** **CC: 35326346**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3071_2025_19D04C-2025-07-17 18:42:57* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35326346		RAMIREZ DE CORDOBA LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8C 167D 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3836883	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	1612209528	9488244901	I	2025/07/10	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$241,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,900	$0	$0	$37,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$37,900	$0	$0	$37,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,000	$0	$0	$194,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$194,000	$0	$0	$194,000
TOTAL				1	$241,300	$0	$0	$241,300