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 LAURA OÑATE VASQUEZ**			**CC:**	**1065829493**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MLOV12@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3135141117**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 55 19**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**256500032683**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1579 2025**	**N° CDP:**	**1799**	**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	**$ 8.887.284**					

MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ
PS_1579_2025_06643B-2025-07-15 16:35:24

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ
CC: 1065829493
CEL: 3135141117

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 LAURA OÑATE VASQUEZ			
CON C.C N°	**1.065.829.493**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 1579 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 25.392.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.380.408	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 8.887.284
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON		

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	Como médico hospitalario de ortopedia cumplo con las actividades diagnósticas y terapéuticas propias de la especialidad, garantizando atención oportuna, pertinente, humanizada y con altos estándares de calidad. Cumplo con la normatividad institucional, respetando la autonomía, misión, visión y reglamentos de la Subred. Brindo informacion al paciente y su familia sobre su condición, llevo registros clínicos completos y actualizados, y garantizo la confidencialidad de la información. Además, apoyo en actividades asistenciales donde se requiera, participo en procesos de mejora, formación, auditoría, supervisión, y respondo a requerimientos administrativos o de calidad. También realizo seguimiento a los pacientes, participo en capacitaciones, me adhiero a protocolos y apoyo en la prevención de enfermedades. Reporto eventos de seguridad, cumplo con mis obligaciones contractuales y atender cualquier otra función asignada por la supervisión del 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° 33742167	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/09	$ 476.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	$ 609.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/09	$ 92.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.178.500

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 LAURA OÑATE VASQUEZ* *PS_1579_2025_06643B-2025-07-15 16:35:24* **MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ** **CC: 1065829493**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1579_2025_06643B-2025-07-17 23:41:46* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON* *PS_1579_2025_06643B-2025-07-18 20:50:31* **PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA LAURA OÑATE VASQUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1065829493
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-21
FECHA DE PAGO:	2025-07-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	33742167
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33742167
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 476.200	$ 476.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 609.500	$ 609.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 3.809.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.800	$ 92.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.178.500	$ 1.178.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/08/2025