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:	**CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO**			**CC:**	**39544361**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAUDIARICO67@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112813533**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 83A 87A 77**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**452970033927**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3070 2025**	**N° CDP:**	**2525**	**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	**$ 4.271.808**					

CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO
PS_3070_2025_526FEC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO
CC: 39544361
CEL: 3112813533

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

CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO

CON C.C N°	**39.544.361**

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 3070 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**228**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.959.136	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.271.808
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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	9- GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE
2	1- REALISE 220 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA - 9 6EBULIZACIONES-10 GASES ARTERIALES UCINEO HOSPITALIZACION HOSPITAL MATERNO INFANTIL
3	4-REALICE (REGISTRAN 239 ACTIVIDADES FACTURABLE MES JULIO UCINEO HOSPITALIZACION ACTIVIDADESN NO FACTURABLES 712)
4	6- ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIION MENSUAL (1/8/2025), ENTREGA DE OBJETIVOS (1/8/2025) DILIGENCIAMIENTO DE DRIVE (PRIMEROS 5 DIAS DEL MES)
5	2- REALICE Realice respuesta de # (aca escribir el numero de interconsultas) interconsultas, brinde atencion personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumpli con los protocolos y guias de atencion para garantizar que la atencion sea pertinente y efectiva, documente en la historia clinica todas las sesiones de terapia ...220 SESIONES .- 9 NEBULIZACIONES- 10 GASES ARTERILALES SE FACTURAON 161 OXIGENOS de la atencion brindada con reporte de lo hecho en la atención
6	10-ASISTI A LA CAPACITACION DE EQUIPOS - SOPORTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REGISTROS 250652329 REPORTE POR MAL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS , REPORTAR PERDIDA O DAÑO DE AIGUNOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTRAN A NUESTRO CARGO
7	23- CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD , LAVADO DE MANOS , USO DE ELEMTOS DE PROTECCION PERSONAL CON CADA PACIENTE , PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS VENTILADORES EN CADA TURNO CUMPLICON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS ,USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL l, ENTRE PACIENTE Y PACIENTE , PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS VENTILADORES EQUIPO DE OXIDO NITRICO

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074816772	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/08/12	$ 191.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/12	$ 244.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/08/12	$ 37.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 473.400

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	*CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO* *PS_3070_2025_526FEC* **CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO** **CC: 39544361**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3070_2025_526FEC* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**