**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:** | **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:** | **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** | **$ 4.046.976** | | | | | |

*MARLENI RODRIGUEZ FONSECA*
*PS_2896_2025_B8EB8E*

**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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**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** | **216** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 41.518.976 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.046.976 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) 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 | Realice 258 sesiones de terapia respiratoria en el área hospitalaria (Unidad de recién nacido, básicos, aislados, salas de partos, salas de cirugía). |
| 2 | Realice 258 formatos de historia clínica de plan contingencia, realice 0 formatos de consentimiento informado, formatos de contingencia solicitud insumos en farmacia. |
| 3 | Se realizaron actividades educativas al paciente y cuidador. |
| 4 | Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente. |
| 5 | Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección. |
| 6 | Asistí a las unidades de recién nacidos el mes de julio 2025 según orden de mi supervisora de contrato. |
| 7 | Realice 301 actividades, 258 pacientes. |
| 8 | Entrega de informe de producción mensual, entrega de objetivos, diligenciamiento de drives, indicadores terapéuticos 03 de agosto de 2025. |
| 9 | Realice registro completo y con calidad de 258 con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. |
| 10 | 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 |
| 11 | Proporcione información para 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. |

**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° 8388887899 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/08/13 | $ 202.400 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/08/13 | $ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/08/13 | $ 39.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 241.900 |

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*<br>*PS_2896_2025_B8EB8E*<br>**MARLENI RODRIGUEZ FONSECA**<br>**CC: 51904863** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANGELA MARIA MENDOZA MESA*<br>*PS_2896_2025_B8EB8E*<br>**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**<br>**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:** 8388887899

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** | julio de 2025 |
| **Número de planilla** | 8388887899 | **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2025 |
| **Fecha pago** | 2025-08-13 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 88887899 | **Total Pagado** | 274300 |
| **Banco** | 1052 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8388887899

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 39500 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 32400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 202400 | 1 |

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 | | 1618800 | 0 | 1618800 | 1618800 | 202400 | 0 | 0 | 0 | 39500 | 32400 |

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