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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ**			**CC:**	**1001325274**
CORREO ELECTRÓNICO:	**AMARIACAMILAR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102958134**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 14C 73D 19 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24078562103**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2943 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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.372.480**					

MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
PS_2943_2025_B60AE2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
CC: 1001325274
CEL: 3102958134

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 CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.001.325.274**	
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 2943 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.399.296	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.372.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	11. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. RTA/ No se reportaron sucesos de seguridad y salud en el paciente durante el mes de septiembre de 2025. por los mecanismos establecidos por la Subred Centro Oriente con los siguientes códigos ::::::::::, Se socializa XXX derechos y deberes a los pacientes y/o familiares atendidos articulado con los registros en historia clínica, Se direcciona XXX pacientes a RIAS. Informacion coherente con los registros en historia clínica
2	1.Realizar procedimientos de Terapia respiratoria en hospitalización y urgencias pediatria procurando el mejoramiento de la salud del paciente RTA/ Realicé 597 actividades de terapia respiratoria de la siguiente manera: 284 terapias respiratorias, 28 micronebulizciones, 1 gasometria arterial y 284 oximetrias de pulso en el servicio de unidad intermedio adulto.
3	2,. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. RTA/ Los 597 procedimientos realizados quedaron registrdos en sus correspondientes historias clinicas siguiendo los protocolos, tambien brindé atencion personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, tambien cumpiendo con los protocolos y guias de atencion para garantizar que la atencion sea pertinente y efectiva, la atencion brindada quedó con reporte de lo hecho en la atencion
4	3. Prestar sus servicios asistenciales respetando autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. RTA/ 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 Subred Cnetro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
5	4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. RTA/ Realice 284 terapias resíratorias incluyendo drenaje postural, vibroaceleracion de flujo espiratorio, higiene nasal, estimulo de tos o succion de secreciones bronquiales a 147 pacinetes, teniendo en cuenta los 16 objetivos implementados por el hospital santa clara
6	9. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. RTA/ Garantice la privacidad de la historia clinica de cada paciente
7	12. Participar en la programación de actividades del servicio. RTAS/ Participe en la reunion (nombre de la reunion y fecha)
8	19. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado RTA/ Asisti a la (enumerar el nombre de la reunion, fecha y hora)
9	5. Realizar tratamiento, seguimiento a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes RTA/ durante el mes de septiembre del 2025 se cumplió con el 95,2% de los objetivos exigidos por el hospital santa clara, en las 350 actividades realizadas y realicé 1 actividad educativa (evaluación de signos de alarma) a 10 personas, entre cuidadores y padres de los pacientes atendidos.
10	6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación RTA/ Hice entrega del informe de producción mensual de septiembre de 2025, entrega de objetivos, diligenciamiento de drives todos los turnos al finalizarlos, subi las bases de sala era al finalizar cada semana, subi las evidencias exigidas por la institucion, esto para consolidación de indicadores mensuales.

11	7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes RTA/ Realice registro completo y con calidad de 147 historias clinicas de los pacientes atendidos en el aplicativo Dinamica Gerencial) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
12	8. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma RTA/ Realice _#____ formatos de historia clínica de plan contingencia, realice_#___ formatos de consentimiento infomado, formatos de contingencia solictud insumos en farmacia
13	10. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos RTA/ Asisti a la capacitacion del equipo (enumerar capacitaciones a las que asistio), registrar el numero de mesas de ayuda que se reporto por de mal funcionamineto de equipos, reportar perdida o daño de algun equipo que se encuentre a nuestro cargo
14	18. Apoyar las actividades de docencia en el servicio u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. RTA/ Apoye actividades de docencia con estudiantes de la Universidad (escribir el nombre de la universidad y el numero de estudiantes a cargo)
15	20. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. RTA/ Informé a mi supervisor permiso los dias 13 y 21 del mes de septiembre en la jornada de la noche.
16	21. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. RTA/ Proporcione la siguiente informacion (enemerar la informacion que se entrego en la auditoria) en la auditoria realizada por(enumerar el ente de control de la Auditoria) e informar la implementacion de las recomendaciones y acciones correctivas al lider de apoyo terapeutico y rehabilitacion (por ejemplo las auditarias de capital salud a sala era, las recomendacion del equipo de infecciones en el diligenciamiento de los paquetes de medidas o los formatos de limpieza y desinfeccion)
17	22. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. RTA/ Ccumpli con la siguiente accion de mejora(nombre de la accion y actividad realizada, por ejemplo cuando tenemos algun evento de seguridad que somos los responsables y debemos hacer alguan accion de mejora)
18	23. Cumplir con el uso adecuado de los elementos de protección personal y aplicar las normas del manual de bioseguridad de la Subred. RTA/ Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfeccion
19	24. Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor RTA/ Asisti a la unidad(nombre de la unidad, dia fecha, según orden de mi supervisora de contrato)
20	13. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. RTA/ Actualice el protocolo (nombre del protocolo y codigo) y fecha de envio a la lider por correo, actualice el formato(nombre del formato y codigo), igual con los instructivos y demas documentos del servicio
21	14. Apoyar a la entidad en las actividades que se demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. RTA/ Asisti a la reunion (nombre de la reunion, lugar y fecha) en representancion del servicio de terapia y rehabilitacion
22	15. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio RTA/ Participe en la elaboracion de (numero de respuestas por quejas, reclamos, peticiones, aca incluir la citas que les solicito por alguna solicitud de los pacientes)
23	" 16. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. " RTA/ Participe en el levantamiento de la (nombre de la glosa, y envio de las evidencias para levantar la glosa
24	17. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. RTA/ No se reportaron sucesos de seguridad durante el mes de septiembre del 2025.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491132211	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/05	$ 226.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/05	$ 290.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/05	$ 44.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 560.800

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 CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ* *PS_2943_2025_B60AE2* **MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ** **CC: 1001325274**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2943_2025_B60AE2* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001325274		ARAQUE RODRIGUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 14 c 73 d 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1754207850	9491132211	I	2025/09/16	2025/09/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$560,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400		$44,200		$0	$0		$560,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400		$44,200		$0	$0		$560,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400		$44,200		$0	$0		$560,800
1	CC	1001325274	ARAQUE MARIA																		230201	30	$1,812,400	$290,000	EPS008	30	$1,812,400	$226,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,812,400	2.436%	$44,200	0	$0	$0	No	$560,800
Total	**Afiliados(1)**																						$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400		$44,200		$0	$0		$560,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001325274		ARAQUE RODRIGUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 14 c 73 d 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1754207850	9491132211	I	2025/09/16	2025/09/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$560,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,000	$0	$0	$290,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$290,000	$0	$0	$290,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$0	$0	$44,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$44,200	$0	$0	$44,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,600	$0	$0	$226,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$226,600	$0	$0	$226,600
TOTAL				**1**	**$560,800**	**$0**	**$0**	**$560,800**