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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO**			**CC:**	**1012420096**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARIANAEISABELLA68@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**310597754**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 69 # 80 n 88**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24065662867**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2880 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.597.312**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO
PS_2880_2025_32DC3A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO
CC: 1012420096
CEL: 310597754

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			
LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO			
	CON C.C N°	**1.012.420.096**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 2880 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.973.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	SE REALIZO 621 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA, EN EL ÁMBITO DE CONSULTA EXTERNA, REALICE 15 RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS, QUE CORRESONDEN (7) DE MEDICINA INTERNA, (6) DE UCI, (1) DE URGENCIAS Y (1) DE PEDIATRIA, CON UN TOTAL DE 30 SESIONES DE TERAPIA FISICA EN HOSPITALIZACION.
2	BRINDE 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
3	CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA 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 SUBRE CENTRO ORIENTE.
4	SE REALIZÓ 621 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA EN EL ÁMBITO DE CONSULTA EXTERNA. Y SE REALIZO 30 SESIONES DE TERAPIA FISICA EN EL AMBITO HOSPITALARIO.
5	EL PORCENTAJE DE ADHERENCIA EN EL MES FUE DE 92% , SE EVALUARON 40 PACIENTES REGISTRADOS EN BASE DE DATOS, INCLUYENDO ACTIVIDADES EDUCATIVAS AL PACIENTE O CUIDADOR, DOCUMENTO REGISTRADO EN HISTORIA CLÍNICA.
6	ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (03- OCTUBRE- 2025) , ENTREGA DE OBJETIVOS (03- OCTUBRE-2025) DILIGENCIAMIENTO DE DRIVES (03-OCTUBRE -2025)
7	REALICE REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE 621 CONSULTA EXTERNA Y 30 EN HOSPITALIZACION CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
8	GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.
9	CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.
10	ASISTÍ A LA UNIDAD DE SAN BLAS EN EL MES, SEGÚN ORDEN DE MI SUPERVISORA DE CONTRATO) DE 6AM - 4 PM.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90612119	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	$ 179.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/14	$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.300

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	*LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO* *PS_2880_2025_32DC3A* **LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO** **CC: 1012420096**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2880_2025_32DC3A* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**