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: (30-11-2025)					
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**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.372.480**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARIA CAMILA ARAQUE RODRIGUEZ
PS_2943_2025_61C1CD

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:	$ 37.322.112	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.372.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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	1. Realicé 218 PROCEDIMIENTOS de Terapia Respiratoria en UCI Y HOSPITALIZACIÓN. procurando el mejoramiento de la salud del paciente.
2	2. Brindé 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	3. Presté servicios asistenciales respetando autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	4. . Realicé 1066 actividades . Realicé 218 terapias respiratorias , Se realiza la toma, registro en el formato e interpretación de 62 gases arteriales. Atendí 100 pacientes con oxigeno y les realicé 218 oximetrías. Tomé 1 muestras respiratorias. Realicé 10 traslados de pacientes críticos. No sistí a procedimientos de Fibrobroncoscopia. Realicé 43 cambios de insumos para los procedimientos de Terappia respiratoria. Realicé el registro de 11 reporte de mecánica ventilatoria. Realizé 112 procedimientos de limpieza y desinfección de los ventiladores mecánicos Asistí a 1 Reanimaciones avanzadas de pacientes críticos.. Estas actividades se realizan según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
5	5. Realicé 2 seguimientos a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y lo cuidadores de los pacientes.
6	6. Llevé el registro de las 1066 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.
7	7. Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.
8	8. Diligencié 218 EVOLUCIONES EN HISTORIA CLÍNICA. 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.
9	9. Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10	10. Garanticé 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.
11	11. Participé 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.
12	12. Participé en la programación de actividades del servicio.
13	17. NA
14	19. Asistí a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. CURSO VICTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y VICTIMAS DE LA VIOLENCIA CON AGENTES QUÍMICOS CON LA SUB RED CON LA SUB RED
15	20. Informé al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. SE INFORMA OPORTUNAMENTE LOS CAMBIOS DE TURNOS A LA CORDINACIÓN.
16	21. Facilité 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.
17	22. Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

18	23. Cumplí con el uso adecuado de los elementos de protección personal y aplicar las normas del manual de bioseguridad de la Subred.
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.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493985950	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/05	$ 226.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/05	$ 290.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/05	$ 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_61C1CD* **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_61C1CD* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2025-10	2025-10	1903923754	9493985950	I	2025/11/20	2025/11/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$560,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400	$44,200		$0	$0
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
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
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	$44,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,812,400	$290,000			$1,812,400	$226,600			$0	$0			$1,812,400	$44,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2025-10	2025-10	1903923754	9493985950	I	2025/11/20	2025/11/05	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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 10:27:22
Maria Camila Araq...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 FEBRERO MARIA CAMILA ARAQUE R.pdf	PS 2943 2025 FEBRERO MARIA CAMILA ARAQUE R.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 CUENTA COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2943 2025 CRP-4908.pdf	1 PS 2943 2025 CRP-4908.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2943 2025 CRP-14816.pdf	2 PS 2943 2025 CRP-14816.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2943 2025 CRP-18386.pdf	3 PS 2943 2025 CRP-18386.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2943 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >