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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA**			**CC:**	**31977800**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARTIKK1@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3136355433**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 50 SUR 60D 43**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480346009**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2921 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.484.896**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA
PS_2921_2025_4F4D20

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA
CC: 31977800
CEL: 3136355433

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			
MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA			
	CON C.C N°	**31.977.800**	
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 2921 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.067.072	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.484.896
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	actividad 1:/ Realice 322 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
2	actividad 2:RTA/ Realice respuesta de 4 interconsultas, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención
3	actividad 3: 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 asignadas de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subre Centro Oriente
4	actividad 4: Se aplicaron 2099 objetivos con un cumplimiento del 97% Realice 293 Actividades facturables: se atendieron 253 pacientes, 322 terapia respiratoria, 2 gases arteriales, 1 Micronebulizaciones Realice 346 Actividades NO facturables: 301 oximetrias, 4 respuesta a interconsultas, 13 de limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos, 1 educación paciente familiar.
5	actividad 5:realice 2 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica.
6	actividad 6: Entrega de informe de producción mensual y objetivos (el 5 de Noviembre 2025), Subi evidencias al drive el día 30 de noviembre 2025 y se registra a diario el informe de producción.
7	actividad 7:Realice registro completo y con calidad de 345 Historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	actividad 8:Garantizar la privacidad de la historia clínica del paciente
9	actividad 10: Asistí a la capacitación del equipo **** encuesta de percepción y conocimiento de los colaboradores sobre la prevención de las infecciones encuesta sociografica fortalecimiento técnico estrategia sala era
10	actividad 19: ****26 noviembre 2025 encuesta de percepcion y conocimiento de los colaboradores sobre la prevencion de las infecciones asociadas a la atencion en salud y la higiene de manos *** 27 noviembre 2025 encuesta sociografica **** 29 de noviembre 2025 fortalecimiento tecnico estrategia sala era
11	actividad 20: Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada
12	actividad 21:Diligencie formatos de limpieza y desinfección
13	actividad 23: Cumplir con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077930230	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/10	$ 182.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 233.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 35.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 451.500

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	*MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA* *PS_2921_2025_4F4D20* **MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA** **CC: 31977800**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2921_2025_4F4D20* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**