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:	**MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS**			**CC:**	**1012417578**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDRESVARGASGALvis@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3155527573**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**calle 60 n° 73 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004482018628**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2907 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.260.064**
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**				

MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS
PS_2907_2025_4468C0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS
CC: 1012417578
CEL: 3155527573

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			
MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS			
	CON C.C N°	**1.012.417.578**	
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 2907 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**174**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 43.954.656	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.260.064
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 358 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
2	actividad 2: RTA/ Realice respuesta de 0 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: RTA/ 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, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	actividad 4: RTA/ Se aplicaron 1101 objetivos con un cumplimiento del 94% Realice 389 Actividades facturables: se atendieron 379 pacientes, 358 terapia respiratoria , 1 Micronebulizaciones Realice 436 Actividades NO facturables: 366 oximetrias, 0 respuesta a interconsultas, 35 de limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos, 26 educación paciente familiar.
5	actividad 5: RTA/ realize 26 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 4 de diciembre 2025), Subi evidencias al drive el 1 de diciembre 2025 y se registra a diario el informe de producción.
7	actividad 7: Realice registro completo y con calidad de 768 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 9;Garantice 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 asociadas a la atención en salud y la higiene de manos. **** Encuesta sociográfica **** fortalecimiento técnico estrategia Sala Era
10	actividad 19: * 26 Noviembre 2025- Encuesta de percepción y conocimiento de los colaboradores sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud y la higiene de manos. **** 27 de Noviembre 2025 Encuesta sociográfica. ****29 de Noviembre 2025 fortalecimiento técnico estrategia Sala Era
11	actividad 20: RTA/ Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada
12	actividad 21:Diligencie formatos de limpieza y desinfección
13	actividad 23 : RTA/ Cumpli 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° 9496361783	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS* *PS_2907_2025_4468C0* **MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS** **CC: 1012417578**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2907_2025_4468C0* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**