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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA**			**CC:**	**35326346**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUZMARINARAMIREZ7@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3185312670**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8C 167A 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002170030056**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3071 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.934.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA
PS_3071_2025_6F3F6A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA
CC: 35326346
CEL: 3185312670

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			
LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA			
	CON C.C N°	**35.326.346**	
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 3071 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**210**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 45.247.440	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.934.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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 94 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
2	actividad 2 : 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: 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 :Se aplicaron 374 objetivos con un cumplimiento del 90% Realice 127 Actividades facturables: se atendieron 103 pacientes, 94 terapia respiratoria , 33 Micronebulizaciones, 0 gases. toma de muestra 0 pediatricas. Realice 161 Actividades NO facturables: 108 oximetrias, 0 respuesta a interconsultas, limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos.
5	actividad 5: realize 4 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica.
6	actividad 7: Realice registro completo y con calidad de 211 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.
7	actividad 9:Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
8	actividad 10 : Asistí a la capacitación del equipo **** Encuesta de percepción de medicion conocimientos procesos donacion de organos y tejidos con fines de trasplante **** lanzamiento de la vacuna contra la bronquiolitis. ******curso de tecnovigilancia **** fortalecimiento técnico diciembre 2025 test de evaluacion medidas antropometricas.
9	actividad 19: Encuesta de percepción de medicion conocimientos procesos donacion de organos y tejidos con fines de trasplante diciembre 2025 **** lanzamiento de la vacuna contra la bronquiolitis. ******curso de tecnovigilancia diciembre 2025 **** fortalecimiento técnico 23 diciembre 2025 test de evaluacion medidas antropometricas.
10	actividad 20: Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada
11	actividad 23 : RTA/ Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección
12	actividad 6: Entrega de informe de producción mensual y objetivos (el 5 de enero 2026), Subi evidencias al drive el 15 de enero 2026 y se registra a diario el informe de producción.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496122480	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	$ 192.500
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/12/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/10	$ 37.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 230.100

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	*LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA* *PS_3071_2025_6F3F6A* **LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA** **CC: 35326346**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3071_2025_6F3F6A* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**