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:	**SANDRA MILENA MENDEZ SILVA**			**CC:**	**52835309**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DOCMENTRA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118672089**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 23 12 129**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**472318328**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3118 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.372.480**
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**				

SANDRA MILENA MENDEZ SILVA
PS_3118_2025_CBFAA2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA MILENA MENDEZ SILVA
CC: 52835309
CEL: 3118672089

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			
SANDRA MILENA MENDEZ SILVA			
	CON C.C N°	**52.835.309**	
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 3118 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 46.765.056	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.372.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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. Realice 207 sesiones de terapia respiratoria registrar el número de sesiones de terapia y describir en que ámbito hospitalario o ambulatorio según aplique.
2	2.Realice 0 interconsultas durante el mes de septiembre todas a terapia respiratorias e inhalo terapias y demás procedimientos facturables van ordenadas por historia clínica sin interconsultas, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia Respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	3.Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos pos 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 Subred Centro Oriente.
4	4.Realice las siguientes actividades facturables en el mes de noviembre: (645 actividades facturables entre los servicios de hospitalización, intermedios, salas de cirugía, consultorios de consulta externa y urgencias y 1061 actividades no facturables en el cuarto de equipo de gases arterio venosos y cuidados de los equipos de terapia respiratoria, capacitaciones de oxigenoterapia e inhalo terapia, asistencia a RCP y salas de cirugía y partos, oximetrías, toma de muestras, cambios de fijaciones, cambios de insumos de oxigenoterapia, registro de parámetros ventilatorios y limpieza y desinfección de ventiladores mecánicos.
5	5.Actividades educativas 20, debidamente documentadas y registradas en la historia clínica.
6	6.Se entrega informe de producción mensual (01/01/2026), así como se entregan los objetivos mensuales ((01/01/2026)) y diligenciamiento de drives ((01/01/2026)) con la planilla del mes correspondiente.
7	7.Realice registro completo y con calidad de (207 historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada.
8	8.Realice 207 formatos de historia clínica para el mes de diciembre, 0 diligenciamientos de formatos de contingencia ya que tuvimos sistema dinámico sin inconvenientes durante el mes de noviembre, no diligencie formatos de consentimiento informado ya que estos son diligenciados por personal de enfermería de la institución.
9	9.Se garantiza la privacidad de la historia clínica del paciente ya que esta es un documento legal.
10	10.Participe en: (test de evaluación de medidas antropométricas resolución 2465/2016).
11	17.En el momento no he tenido la necesidad de realizar reportes de eventos adversos.
12	23.Si cumplo con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.

13	24.Se acatan las ordenes de la coordinación según las necesidades de esta.

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° 92492542	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/02	$ 191.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/02	$ 245.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/02	$ 37.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 474.900

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	*SANDRA MILENA MENDEZ SILVA* *PS_3118_2025_CBFAA2* **SANDRA MILENA MENDEZ SILVA** **CC: 52835309**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3118_2025_CBFAA2* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**