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:	**MARIA CAMILA MONTENEGRO ESPINOSA**			**CC:**	**1030632489**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILAA1011@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3107750570**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 40A 30 10 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421679785**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3121 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.513.262**
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**				

MARIA CAMILA MONTENEGRO ESPINOSA
PS_3121_2025_0E24F7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CAMILA MONTENEGRO ESPINOSA
CC: 1030632489
CEL: 3107750570

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 MONTENEGRO ESPINOSA

CON C.C N°	**1.030.632.489**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO 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 3121 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.971.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**221**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 62.430.054	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.513.262
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO		

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	Garantizar cuidados integrales y personalizados al paciente renal
2	Vigilar el cumplimiento de normas de asepsia y control de infecciones.
3	Asegurar la adecuada preparación y uso de insumos y medicamentos
4	Controlar inventarios de insumos y materiales
5	Educar al paciente sobre su tratamiento, autocuidado y adherencia terapéutica.
6	Promover estilos de vida saludables y prevención de complicaciones
7	Valorar integralmente al paciente renal antes, durante y después de la diálisis
8	Realizar y/o supervisar la conexión y desconexión del paciente a la máquina de hemodiálisis.
9	Vigilar el acceso vascular (fístula arteriovenosa, catéter venoso central) y detectar complicaciones.
10	Registrar cuidados, evolución y eventos en la historia clínica.
11	Asegurar la correcta desinfección de equipos y áreas de la unidad.
12	Comunicar oportunamente cambios en el estado del paciente al equipo médico.
13	Garantizar el orden, higiene y condiciones ambientales adecuadas de la unidad.
14	Verificar parámetros de calidad del agua,generar registros diarios

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° 624979	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/02	$ 255.300
PENSIÓN:	SKANDIA	2026/01/02	$ 326.800

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/02	$ 49.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 631.900

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	*MARIA CAMILA MONTENEGRO ESPINOSA* *PS_3121_2025_0E24F7* **MARIA CAMILA MONTENEGRO ESPINOSA** **CC: 1030632489**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*VANESSA CORREDOR GUZMAN* *PS_3121_2025_0E24F7* **VANESSA CORREDOR GUZMAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO* *PS_3121_2025_0E24F7* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**