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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ**			**CC:**	**65770071**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAUDIAMOL0422@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3160488811**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 11 SUR 7B 30 IN 1 AP 201**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**041654278**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2761 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ
PS_2761_2026_185DAF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ
CC: 65770071
CEL: 3160488811

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			
CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ			
	CON C.C N°	**65.770.071**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2761 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER		

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	Realización de presentación, asistencia y acta de los pre-comité IAAS circulo de seguridad de la USS Santa Clara 26/03/2026.
2	Recibo de cargo de la USS Santa Clara y entrega de las USS Materno Infantil y USS San Blas.
3	Realización fichas de notificación eventos individuales 352, 357 de marzo de USS Santa Clara y eventos colectivos 354, 357 y 362 del mes de febrero 2026 el 06/03/2026 de la USS San Blas y USS Materno Infantil.
4	Realización de notificaciones respectivas de SDS de acuerdo con periodicidad estipulada por SDS de IAAS, reporte SDS Whonet 19/03/2026, Notificación tablas ISO_ IAAS 15/03/2026 USS Santa Clara
5	Realización del informe de la BAI mensual de la USS Santa Clara con entrega el 09/03/2026.
6	Revisión y realización de los Indicadores de gestión IAAS: Aislamiento hospitalario, normas de bioseguridad, Limpieza y desinfección paquetes de medidas, tasa global de IAAS.
7	Realización de rondas de seguridad del paciente de la USS Santa Clara el 12/03/2026
8	Análisis e identificación las infecciones asociadas a la atención en salud, mediante búsqueda a través de la incluyen revisión diaria de cultivos microbiológicos, casos reportados por SIVIGILA y BAI, analizando la información del comportamiento de IAAS de la USS Santa Clara y diligenciamiento de base de casos de IAAS del mes de marzo y febrero 2026.
9	Realización continua de la búsqueda activa de las infecciones asociadas a la atención en salud en los diferentes servicios de la USS Santa Clara.
10	Búsqueda activa de probables casos de brotes de infecciones intrahospitalarias de la USS Santa Clara
11	Verificación de las medidas de prevención y control de infecciones mediante aplicación de listas de chequeo en diferentes servicios de la USS Santa Clara (estrategia multimodal de higiene de manos, servicios, aislamiento hospitalario, paquetes de medida, EPP.) y se retroalimenta a los funcionarios de salud de turno realizando sensibilizaciones de acuerdo las falencias presentadas.
12	Sensibilización y capacitación al personal asistencial y de apoyo de las unidades USS Santa Clara sobre Aislamiento hospitalario, normas de bioseguridad, Limpieza y desinfección, higiene de manos, paquetes de medidas dispositivos y manejo de brotes.
13	Revisión, verificación y seguimiento continuo del cumplimiento de las medidas especiales de los aislamientos en los diferentes servicios de la USS Santa Clara mediante rondas en los servicios.
14	Reunión presencial empresa aseo 20/03/2026 y 27/03/2026.
15	Reunión presencial equipo Infecciones 06/03/2026
16	Reuniones virtuales capacitación lectura e interpretación pruebas microbiológicas el 13/03/2026 y 20/03/2026.
17	Realización de reporte y análisis de casos de IAAS en Almera.
18	Acompañamiento en las rondas PROA de la USS Santa Clara 3,5, 10,12,18,19,26,27 de marzo/2026
19	Realización de verificación de antimicrobianos.
20	Realización de inducción personal en formación USS Santa Clara el 13, 19, 25 de marzo 2026
21	Realización de acciones de plan de mejora IAAS USS San Blas
22	Reunión Virtual factores asociados a IAAS en UCI P Y UCI Neonatal el 30/03/2026
23	Realización de la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501971518	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/24	$ 279.695
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/24	$ 358.010
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/03/24	$ 54.507
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.212

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	*CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ* *PS_2761_2026_185DAF* **CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ** **CC: 65770071**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_2761_2026_185DAF* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**