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:	**MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ**			**CC:**	**65744709**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAALMABO18@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103351172**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 49C 86A 26**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870272343**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1064 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.843.840**
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**				

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
PS_1064_2026_32B66D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
CC: 65744709
CEL: 3103351172

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			
MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ			
	CON C.C N°	**65.744.709**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 1064 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.894.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	ACTIVIDAD. 1. REALICE 547 TERAPIAS. POR EL CUAL DESARROLLO LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON MI CONTRATO, EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
2	ACTIVIDAD. 2. BRINDÉ. ATENCIONSENCIONES PERSONALIZADAS, CON HUMILDAD, PROFESIONALISMORESPONSABILIDAD Y RESPETO A 98 PACIENTES.
3	ACTIVIDAD. 3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD 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	ACTIVIDAD. 4. REALICE 1200 ACTIVIDADES INCLUYENDO LOS OBJETIVOS EN LA SEDE MATERNO INFANTIL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS PEDIATRICAS, SALAS DE PARTOS Y CIRUGIA OBSTETRICA.
5	ACTIVIDAD. 5. CUMPLO EN UN 90% CON LA ATENCION DE LOS PACIENTES BRINDANDOLES UN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON PAUTAS DE MANEJO, ESTO DEPENDIENDO DE LOS FACTORES EXTERNOS EN CADA CASO COMO MATERIALES Y DISPONIBILIDAD DE AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON LA CONSULTA.
6	ACTIVIDAD. 6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL, ENTREGA DE OBJETIVOS Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS PARA ANEXAR A LOS DRIVES (LOS PRIMEROS DIAS DEL MES), SE SUBEN EVIDENCIAS Y DE INFORMACIÓN ENTREGADA PARA CONSOLIDACIÓN DE INDICADORES MENSUALES, ACÁ APLICA INFORMACIÓN DE ENVIÓ DE BASE DE SALA ERA E INDICADORES DE SALA ERA (TRIAGE).
7	ACTIVIDAD. 7. REALICÉ REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD 394 NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
8	. 9. SE GARANTIZA LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE RESERVANDO ESTA INFORMACIÓN PARA ACTIVIDAD USO EXCLUSIVO DE SU ATENCIÓN.
9	ACTIVIDAD. 10. SE GARANTIZA LA ADECUADA INTEGRIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS, ASISTIENDO A LAS CAPACITACIONES OFRECIDAS POR LA ENTIDAD EN CADA ASPECTO RELACIONADO CON SEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS MISMOS.
10	ACTIVIDAD. 14. APOYO A LA ENTIDAD EN DIVERSAS ACTIVIDADES SEGPÚN LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD; COMO LO ES LA CAPACITACION DEL APLICATIVO DE PAGOS SIGCO LOS DIAS 10 Y 11 DE AGOSTO.
11	ACTIVIDAD. 19. ASISTO A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITÉS Y EVENTOS EN LOS QUE SE ME CONVOQUE COMO LO ES LA CAPACITACION DEL APLICATIVO DE PAGOS SIGCO LOS DIAS 10 Y 11 DE JULIO A LAS 10 AM Y 3 DE LA TARDE.
12	ACTIVIDAD. 20. INFORMO A MI SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES.
13	ACTIVIDAD. 22. CUMPLO OPORTUNAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES QUE ME DEN DE PARTE DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD.

14	ACTIVIDAD. 23. CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN APLICANDO LAS NORMAS DEL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.
15	ACTIVIDAD. 24. DESARROLLO LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON MI CONTRATO, EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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° 53346241	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/03/10	$ 219.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/03/10	$ 281.300
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/03/10	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.000

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	*MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ* *PS_1064_2026_32B66D* **MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ** **CC: 65744709**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1064_2026_32B66D* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
No. Identificación: CC65744709
Dirección: CR 49 C # 86A - 26 BARRIO PATRIA 1 PISO
Telefono: 3103351172
Correo: cocuma68@yahoo.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 53346241

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
Tipo y número de identificación	CC65744709
Número de planilla	53346241
Fecha pago	2026-03-10
Número de autorización pago	2175987
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2026
Número de Administradoras	4
Total Pagado	579300
Total Intereses de Mora	2400

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	42900	1
231001	Colfondos	281300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	35300	1
EPS008	Compensar EPS	219800	1

53346241

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 65744709
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1750905	1750905	1750905	1750905	218900	0	280200	0	42700	35100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información