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: (31-05-2026)					
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:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ
PS_2761_2026_0266A3

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:	$ 27.969.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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 6 fichas de notificación eventos individuales 357 de mayo de USS Santa Clara y eventos colectivos 354, 357 y 362 del mes de abril 2026 el 08/05/2026, reporte SDS Whonet 20/05/2026, Notificación tablas ISO_ IAAS 15/05/2026 USS Santa Clara, indicadores trimestrales IAD el 14/05/2026, encontrado envío en el correo institucional y carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara.
2	Realización del informe de la BAI mensual de la USS Santa Clara con entrega el 08/05/2026, encontrado envío en el correo institucional y carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara
3	Revisión de los Indicadores de gestión IAAS: Aislamiento hospitalario, normas de bioseguridad, Limpieza y desinfección. Higiene de manos para la clasificación de IAAS
4	Participación en 2 rondas de seguridad del paciente el 13/05/2026 a las 2:00 Uci intermedios y 7:00 pm Santa Inés con aplicación de listas de chequeo, resultados encontrados en sistema de información Almera y carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara
5	Búsqueda activa de IAAS por medio de la revisión diaria de cultivos microbiológicos, análisis y reporte de casos, encontrados en carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO FORMATO_BAI_IAAS_2026, con un total aproximado de 115.
6	Análisis de casos probables de infección de sitio operatorio - ISO reportadas en la base BAI semanal, encontrados carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara BASE_BAI_IAAS_2026_USSSANTA CLARA_MAYO (Aprox.20)
7	Análisis, gestión, reporte y cierre de sucesos de seguridad encontrados en sistema de información Almera (aprox. 30).
8	Realización de implementación de medidas de control y contención, seguimiento a acciones e informe de seguimiento de alerta de brote en la UCI Pediátrica por Acinetobacter baumannii, encontrado en la carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara.
9	Realización de vigilancia al cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones mediante aplicación de listas de verificación de higiene de manos de los 5 momentos (Total 385 observaciones), aislamiento hospitalario (10) y se retroalimenta a los funcionarios de salud de turno realizando sensibilizaciones de acuerdo las falencias presentadas durante las rondas.
10	Capacitación en prevención y control de IAAS dirigidas al personal nuevo y en formación durante las inducciones los días 5/05/2026 y 29/05/2026, programadas por gestión del conocimiento y realización de sensibilizaciones durante las rondas en los servicios, encontrando los listados de asistencia en la carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara y sistema de información ALMERA.
11	Asistencia a reunión presencial equipo calidad 05/05/2026 y reunión virtual el 29/05/2026, registrada en sistema de información Almera.
12	Acompañamiento en las 3 revistas del PROA semanales, programadas por líder de PROA en el calendario del correo institucional los días 6,7,13,14,20,21,27,28 de mayo/2026 en la USS Santa Clara.
13	Realización de verificación de antimicrobianos en los servicios, registrada en la base compartida en el One drive EQUIPO IAAS SISCO Reporte de identificación de inicio de antimicrobianos (11).
14	Se dio respuesta a acciones de plan de mejora IAAS asignado en Almera relacionado con el proceso de limpieza y desinfección
15	Realización de cronogramas de auxiliar de enfermería y referente IAAS de la unidad, en la carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503960246	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/21	$ 279.693
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/21	$ 358.008
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/05/21	$ 54.506
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.207

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_0266A3* **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_0266A3* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**