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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA ANGELICA HERNANDEZ PARRA**			**CC:**	**52766236**
CORREO ELECTRÓNICO:	**HERNANDEZANGELICA222@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3246844947**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 73 SUR 78I 70**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488401520512**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2758 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

MARIA ANGELICA HERNANDEZ PARRA
PS_2758_2026_A685F3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ANGELICA HERNANDEZ PARRA
CC: 52766236
CEL: 3246844947

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 ANGELICA HERNANDEZ PARRA			
CON C.C N°	**52.766.236**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 2758 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.238.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	01 de julio del 2026, reunión mensual de equipo IAAS con la jeje Paola Osorio en la unidad de Santa Clara
2	09 de julio del 2026, se realizo apoyo ronda de seguridad del paciente en el servicio de UCI pediatría en la unidad de Santa Clara
3	15 de julio del 2026, apoyo auditoria servicio de nutrición con la jefe Dannae de la unidad de Santa Clara
4	17 de julio del 2026, apoyo habilitación de servicio UCI intermedios San pablo en la unidad de Santa clara
5	29 de julio del 2026, reunión general de la oficina de calidad con la jefe Martha y reunión de equipo IAAS con la jefe Paola Osorio en la unidad de Santa Clara
6	se realizaron y verificaron 354 técnicas de higiene de manos en cada uno de los servicios de la unidad de Santa clara, listas a verificar en el aplicativo de Almera
7	se realizaron y verificaron 536 observaciones ocultas en cada uno de los servicios de la unidad de Santa clara, listas a verificar en el aplicativo de Almera
8	se realizaron 221 retroalimentaciones y asistencias de funcionarios en cada uno de los servicios de la unidad de Santa clara, listas a verificar en el aplicativo de Almera
9	se realizaron y verificaron 27 listas de chequeo de aislamientos en cada uno de los servicios de la unidad de Santa clara, listas a verificar en el aplicativo de Almera
10	se realizó 2 lista de chequeo de central de diluciones en la unidad de Santa clara, lista a verificar en el aplicativo de almera
11	se realizó 2 lista de chequeo de central de mezclas en la unidad de Santa clara, lista a verificar en el aplicativo de almera
12	se realizaron y verificaron 61 listas de chequeo y verificación en cada uno de los servicios de la unidad de Santa clara, listas a verificar en el aplicativo de Almera
13	se realizaron y verificaron 52 listas de chequeo de servicios generales en cada uno de los servicios de la unidad de Santa clara, listas a verificar en el aplicativo de Almera
14	Se realizaron 105 búsquedas activas de Antimicrobianos en los servicios de la unidad de 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9506769204	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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 ANGELICA HERNANDEZ PARRA* *PS_2758_2026_A685F3* **MARIA ANGELICA HERNANDEZ PARRA** **CC: 52766236**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_2758_2026_A685F3* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**