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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUZ ANGELA BONILLA CUADRADO**			**CC:**	**1031130887**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANYELITA1933@GMAIL.CON**			**TELÉFONO:**	**3164660471**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 54 SUR Nº 24A - 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24075722247**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1070 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.363.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

LUZ ANGELA BONILLA CUADRADO
PS_1070_2026_F0F552

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ ANGELA BONILLA CUADRADO
CC: 1031130887
CEL: 3164660471

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			
LUZ ANGELA BONILLA CUADRADO			
	CON C.C N°	**1.031.130.887**	
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 1070 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**168**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.184.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.363.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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 196 sesiones de terapia respiratoria, en Hospitalización medicina interna.
2	ACTIVIDAD 2. Realice respuesta de 14 interconsultas brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	ACTIVIDAD 3. Cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la subred 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 Subre Centro Oriente.
4	ACTIVIDAD 4. Realice 196 sesiones de terapia respiratoria, 0 micronebulizaciones, 21 gases arteriales, 14 interconsultas, 0 traslado paciente crítico, 18 cambios de insumos, 1 asistencia RCP, 17 registros de oxigeno, 233 oximetrias, actividades realizadas en Hospitalización medicina interna en 198 pacientes.
5	ACTIVIDAD 5. Objetivos de 188 con el 95.9% de adherencia, en actividades educativas se recogieron 20 firmas y se registraron en la historia clínica.
6	ACTIVIDAD 6. Entrega de informes de producción mensual, entrega de objetivos, diligenciamiento de drives 04 de AGOSTO de 2026.
7	ACTIVIDAD 7. Realice registro completo y con calidad de 198 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	ACTIVIDAD 9. Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
9	ACTIVIDAD 20: Se Informa y se firma cambio de turno del 03, 05, 13, 19 de JULIO turnos noche a mi supervisora Angela Mendoza.
10	ACTIVIDAD 23. Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509459076	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/14	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/14	$ 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	*LUZ ANGELA BONILLA CUADRADO* *PS_1070_2026_F0F552* **LUZ ANGELA BONILLA CUADRADO** **CC: 1031130887**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1070_2026_F0F552* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**