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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**PAULA ANDREA RUIZ SERNA**			**CC:**	**53119123**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PARUIZS1005@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212709767**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 20 # 29A 60 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**475770008799**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1054 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.843.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

PAULA ANDREA RUIZ SERNA
PS_1054_2026_F1C114

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA ANDREA RUIZ SERNA
CC: 53119123
CEL: 3212709767

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			
PAULA ANDREA RUIZ SERNA			
	CON C.C N°	**53.119.123**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 1054 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.373.340	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 sesiones de Terapia Ocupacional, se realizaron actividades en consulta externa y hospitalización, donde se realizaron 181 atenciones en consulta externa, 301 sesiones sin interconsultas en hospitalización y se contestaron 55 interconsulta en la unidad materno infantil
2	ACTIVIDAD # 2 Realice respuesta de 55 interconsultas, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumpla con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea relevante y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia ocupacional y di educación a padres.
3	ACTIVIDAD # 3 Conozco y 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 asignadas 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 (registrar las actividades realizadas en cada unidad en número) incluyendo el número de pacientes 88 en hospitalización en consulta externa, promedio de objetivos variantes dado que se manejó por edad, en hospitalización 7 objetivos mensuales
5	ACTIVIDAD # 5 registre el número de sesiones y actividades educativas a 60 cuidadores, documenta los procesos de educación en la historia clínica
6	ACTIVIDAD # 6 Entregue informe de producción mensual (25/09/2026), entregue objetivos (25/09/2026), diligenciamiento de drives (durante el mes, semanalmente)se entrega informe mensual 25/09/2026
7	ACTIVIDAD # 7 Realice registro completo y con calidad de (181 consulta externa) y (356 hospitalización controles e interconsultas) 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 # 8 Realice formatos de historia clínica de plan contingencia, realice 22 formatos de consentimiento informado
9	ACTIVIDAD # 9 Garantía de la privacidad de la historia clínica del paciente
10	ACTIVIDAD # 10 Asistí a la capacitación que se dieron en el mes
11	ACTIVIDAD # 11 cumple con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso y elementos de protección personal, proceso de limpieza y desinfección.
12	ACTIVIDAD # 12 asistí a la unidad materno infantil en el mes de SEPTIEMBRE de 2026, según orden de mi supervisora de contrato
13	ACTIVIDAD # 13 se realizó limpieza terminal de juguetes los días viernes o martes según necesidad ACTIVIDAD #14 Realice verificación de carnet asistencia a terapias así como la verificación de la información completa cumpliendo con la normatividad
14	ACTIVIDAD #14 Realice verificación de carnet asistencia a terapias así como la verificación de la información completa cumpliendo con la normatividad

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508168182	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/13	$ 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	*PAULA ANDREA RUIZ SERNA* *PS_1054_2026_F1C114* **PAULA ANDREA RUIZ SERNA** **CC: 53119123**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1054_2026_F1C114* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**