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:	**ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO**			**CC:**	**52337136**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PATICO1807@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014975397**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 77B BIS # 86 89**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102659711**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1091 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.123.120**
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**				

ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO
PS_1091_2026_8E38C0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO
CC: 52337136
CEL: 3014975397

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			
ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO			
	CON C.C N°	**52.337.136**	
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 1091 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**156**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.772.740	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.123.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	Realice 425 sesiones de terapia respiratoria.
2	Realice respuesta de 6 interconsultas, brinde atencion personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumpli con los protocolos y guias de atencion para garantizar que la atencion sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las 336sesiones de terapia respiratoria.
3	Conozco y cumplo con las politicas y procedimientos establecidos pos la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura organica de la Subred Centro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	Realice 760 actividades, terapias respiratoria 425,Gases arteriales 20, registro de oxigenos 122, oximetrías 267, respuesta a interconsultas 6, asistencias de tqt 42, y 78 objetivos cumplidos, 7 no cumplidos para un total de 83 objetivos. en el hospital universitario santa clara .
5	Se realizan 5 actividades educativas a paciente sobre manejo de inhaloterapia y continua rehabilitación respiratoria para manejo en casa.
6	Entrega de informe de producción mensual yentrega de objetivos 02 ABRIL, diligenciamiento de drives evidencias 30 AGOSTO
7	Reailce 760 registro completo y con calidad de historias clínicas con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	Garantice la privacidad de la historia clinica del paciente
9	Se socializa derechos y deberes a los pacientes y/o familiares atendidos articulado con los registros en historia clínica.
10	Informe a mi supervisor cambio de turno del dia 02-04-06 AGOSTO, en la jornada tarde.
11	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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509927134	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/15	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/15	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/15	$ 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	*ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO* *PS_1091_2026_8E38C0* **ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO** **CC: 52337136**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1091_2026_8E38C0* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52337136		MONTIEL OSORIO ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 75 a 82-49 Casa 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3014975397	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	655746773	9509927134	I	2026/09/09	2026/09/15	NEQUI	6	$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 52337136	MONTIEL ANGELA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52337136		MONTIEL OSORIO ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 75 a 82-49 Casa 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3014975397	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	655746773	9509927134	I	2026/09/09	2026/09/15	NEQUI	6	$544,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$1,000	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$2,500	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,500
$281,500
$42,900
$42,900
$219,900
$219,900
$544,300

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1091 2026 CRP -8485.pdf	1 PS 1091 2026 CRP -8485.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	SECOP 2026 FEBRERO CLAVES SECOP (5).xlsx (Archivado)	SECOP 2026 FEBRERO CLAVES SECOP (5).xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1091 2026 CRP -15466.PDF	2 PS 1091 2026 CRP -15466.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 1091 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >