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:	**ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO**			**CC:**	**52765386**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEXANDRAESCOBAR764@YAHOO.COM**			**TELÉFONO:**	**3178555043**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 45 # 80I 14 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488424939152**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1106 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.603.600**
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**				

ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO
PS_1106_2026_B5ECA8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO
CC: 52765386
CEL: 3178555043

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			
ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO			
	CON C.C N°	**52.765.386**	
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 1106 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.153.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.603.600
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	1 Realiza 511secciones de terapia respiratoria en (SAN RAFAEL, SAN CAMILO, SANTA MARIA, QUIRURGICAS SAN PABLO Y URGENCIAS)
2	2. Realice respuesta de 2 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 clinica todas las secciones de terapia .respiratoria .
3	3. Prestar sus servicios asistenciales respetando autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. SI 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	4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerida Realice 511 numero de objetivos por cada sede EN SANTA CLARA (TERAPIAS, GASES ARTERIALES, REANIMACION Y INTERCONSULTAS)
5	5. Realizar tratamiento, seguimiento a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes
6	6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación Entrega de informe de producción mensual (03/08/2026), entrega de objetivos (03/09/2026) diligenciamiento de drives 15/09/2026 que se suben evidencias y de información entregada para consolidación de indicadores mensuales) no aplica informacion de envio de base de sala era e indicadores de sala era
7	7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes Realice registro completo y con calidad de (511 de historias clinicas en el aplicativo Dinamica 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	8. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma RTA/ Realice 0 formatos de historia clínica de plan contingencia, realice0 formatos de consentimiento informado, formatos de contingencia solictud insumos en farmacia
9	9. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. SI Garantice la privacidad de la historia clinica del paciente
10	10. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos No Asisti a la capacitacion del equipo 0 , registrar el numero de mesas de ayuda que se reporto por de mal funcionamiento de equipos, reportar perdida o daño de algun equipo que se encuentre a nuestro cargo

11	11. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. Se reportan 0 sucesos de seguridad por los mecanismos establecidos por la Subred Centro Oriente con los siguientes códigos , Se socializa 0 derechos y deberes a los pacientes y/o familiares atendidos articulado con los registros en historia clínica, Se direcciona 0 pacientes a RIAS. Informacion coherente con los registros en historia clínica
12	12. Participar en la programación de actividades del servicio. no Participe en la reuniones de socializacion
13	13. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. No Actualice el protocolo fecha de envio a la lider por correo, actualice el formato, igual con los instructivos y demas documentos del servicio
14	14. Apoyar a la entidad en las actividades que se demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
15	15. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
16	" 16. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. "
17	17. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
18	19. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado
19	20. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. SI Proporcione la siguiente informacione informar la implementacion de las recomendaciones y acciones correctivas al lider de apoyo terapeutico y rehabilitacion (por ejemplo las auditarias de capital salud a sala era, las recomendacion del equipo de infecciones en el diligenciamiento de los paquetes de medidas o los formatos de limpieza y desinfeccion)
20	SI Cumpli con la siguiente accion de mejora(nombre de la accion y actividad realizada, por ejemplo cuando tenemos algun evento de seguridad que somos los responsables y debemos hacer alguan accion de mejora)
21	Si Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfeccion

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° 9510436374	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/07	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/07	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/07	$ 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	*ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO* *PS_1106_2026_B5ECA8* **ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO** **CC: 52765386**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1106_2026_B5ECA8* **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 52765386		ESCOBAR OROZCO ALEXANDRA JANNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 45 #80i-14c	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5719731	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	627136867	9510436374	I	2026/09/18	2026/09/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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 52765386	ESCOBAR ALEXANDRA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	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 52765386		ESCOBAR OROZCO ALEXANDRA JANNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 45 #80i-14c	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5719731	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	627136867	9510436374	I	2026/09/18	2026/09/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

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	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

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 1106 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1106 2026 CRP -8500.pdf	1 PS 1106 2026 CRP -8500.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1106 2026 CRP -15481.PDF	2 PS 1106 2026 CRP -15481.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
	026 CUENTA DE COBRO 6.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	026 CUENTA DE COBRO 2026.pdf	PS 1106 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >