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:	**NATHALIA MAHECHA ESCOBAR**			**CC:**	**30389979**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NMAHECHAESCOBAR06@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3232439401**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 73A 52A 18**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488445941732**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1286 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**				

NATHALIA MAHECHA ESCOBAR
PS_1286_2026_3FCA5B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NATHALIA MAHECHA ESCOBAR
CC: 30389979
CEL: 3232439401

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			
NATHALIA MAHECHA ESCOBAR			
	CON C.C N°	**30.389.979**	
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 1286 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.233.200	**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	Realice en total pacientes atendidos 489, sesiones de terapia respiratoria 424, oxígenos registrados 401, oximetrías 489, respuestas a interconsultas 4, gases arteriales 36, educación al paciente 14, toma de muestras respiratorias:0.
2	Realice respuesta de 4 interconsultas, brinde atención personalizada según las necesidades del paciente y cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea oportuna y efectiva, documente las sesiones de terapia respiratoria 489 en el servicio de hospitalización y Urgencias de la atención brindada con reporte de lo hecho.
3	Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la 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 Subred Centro Oriente.
4	Realice 489 terapias respiratorias, gases arteriales 36, oximetrías 489, registre oxígenos 401, respuesta a interconsulta 4, toma de muestras respiratorias 0, cambio de insumos 6, pacientes atendidos 292, formato de gases arteriales: 6, formato de control ventilatorio: 0, limpieza y desinfección 25, Cumpliendo con 270 Objetivos
5	Se realizó educación del uso de inhaloterapia a 14 pacientes.
6	Asistí a charla de Influenza 21/08/2026.
7	Entrega de informe de producción mensual (10 de Agosto del 2026), entrega de objetivos (10 de Agosto del 2026) diligenciamiento de drives (10 de Septiembre del 2026 en que se suben evidencias y de información
8	Realice registro completo y con calidad de 201 con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
9	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
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.

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° 94668660	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	$ 219.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 280.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.500

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	*NATHALIA MAHECHA ESCOBAR* *PS_1286_2026_3FCA5B* **NATHALIA MAHECHA ESCOBAR** **CC: 30389979**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1286_2026_3FCA5B* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **NATHALIA MAHECHA ESCOBAR**, identificada con **CC** número **30389979**, aportó por **NATHALIA MAHECHA ESCOBAR** identificado(a) con **CC** número **30389979** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2026-8 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	57															0		30	$1,753,000	0.12500	$219,200	$0	$0	Agosto - 2026	94668660	10/09/2026	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57															0		30	$1,753,000	0.16000	$280,500	$0	$0	Agosto - 2026	94668660	10/09/2026	No
14-11	ARL SURA	57															0		30	$1,753,000	0.02436	$42,800	$0	$0	Agosto - 2026	94668660	10/09/2026	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **10** días del mes **September** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

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 1286 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1286 2026 CRP -8580.pdf	1 PS 1286 2026 CRP -8580.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1286 2026 CRP -15630.PDF	2 PS 1286 2026 CRP -15630.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO AGOTO 2026.pdf	PS 1286 2026 CUENTA DE COBRO AGOTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >