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:	**NATALIA ROSADO ARIAS**			**CC:**	**1006821354**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NATALIAROSADOA@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3203054452**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 97 21 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**65000000755**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1594 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.084.740**
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**				

NATALIA ROSADO ARIAS
PS_1594_2026_178F70

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NATALIA ROSADO ARIAS
CC: 1006821354
CEL: 3203054452

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			
NATALIA ROSADO ARIAS			
	CON C.C N°	**1.006.821.354**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1594 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 66.733.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.084.740
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON		

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. Apoyo en la formulación de pacientes hospitalizados colaborando con los médicos especialistas en la prescripción de medicamentos y terapias mediante el diligenciamiento del sistema de información hospitalario, verificando dosis, vías de administración, interacciones medicamentosas y conciliación farmacológica, garantizando el cumplimiento de las guías de práctica clínica e institucionales. 2. Realización y actualización del censo diario ajustando el consolidado físico y digital del censo de pacientes del servicio al inicio y cierre del turno, clasificando el estado clínico, cama asignada, especialidad tratante, diagnóstico principal y novedades asistenciales para optimizar la gestión de camas y la continuidad asistencial. 3. Apoyo en la gestión y respuesta de interconsultas consistente en la asistencia en la valoración inicial, recopilación de antecedentes y redacción de la respuesta a las solicitudes de interconsulta requeridas por otros servicios, facilitando la revisión final y firma por parte del médico especialista tratante. 4. Examen físico directo y seguimiento clínico mediante la evaluación médica presencial (anamnesis y examen físico por sistemas) a los pacientes hospitalizados durante la ronda diaria y cada vez que el estado clínico del usuario cambie, identificando signos de deterioro de forma temprana. 5. Diligenciamiento de evoluciones médicas diaria mediante la redacción en la historia clínica electrónica de las evoluciones diarias del estado de salud de los pacientes bajo la supervisión del especialista, registrando la condición clínica actual, interpretación de paraclínicos, análisis del caso y el plan de manejo concertado. 6. Atención a llamados de enfermería y novedades del servicio de manera oportuna a las alertas manifestadas por el personal de enfermería frente a cambios en los signos vitales, sintomatología aguda o eventualidades clínicas de los pacientes, tomando las conductas médicas iniciales y notificando al especialista cuando se requiera. 7. Información y comunicación con pacientes y acudientes brindando con datos médicos claros, comprensibles y humanizados a los pacientes y sus familiares sobre el estado de salud, evolución, plan de tratamiento y riesgos, respetando la autonomía del paciente y dejando registro formal en la historia clínica. 8. Supervisión y control de transfusiones de hemocomponentes verificando el cumplimiento del protocolo de hemovigilancia antes, durante y después de la administración de sangre o hemoderivados, comprobando la identificación del paciente, la compatibilidad de la unidad y monitoreando la aparición de reacciones adversas. 9. Expedición de certificaciones y trámites administrativos diligenciando y emitiendo certificaciones médicas requeridas por los pacientes o sus familiares como incapacidades, certificados de estancia, resúmenes para trámites ante EAPB/EPS y demás requeridos, cumpliendo con la normatividad legal vigente y las políticas del hospital. 10. Diligenciamiento de certificados de defunción en el aplicativo RUAF-ND (SISPRO) confirmando el fallecimiento, determinando las causas de muerte directa, antecedente y patologías concurrentes, y el registro completo y riguroso del Certificado de Defunción en la plataforma del Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud. 11. Organización y logística operativa del servicio en coordinación con el equipo interdisciplinario para la asignación de prioridades en la ronda médica, programación de exámenes paraclínicos, traslados entre los servicios y remisiones externas, asegurando el flujo continuo de la atención. 12. Ingreso y recepción de pacientes desde las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio, realizando la valoración médica inicial, el diligenciamiento de la nota de ingreso, la revisión de criterios de hospitalización y la instauración de órdenes médicas inmediatas concertadas con el especialista de turno. 13. Asistencia a capacitaciones y actividades académicas participando activamente en las jornadas de formación continuada, docencia-servicio y capacitaciones institucionales orientadas a la actualización médica y al cumplimiento de estándares de acreditación y calidad. 14. Asistencia y ejecución de procedimientos médico-quirúrgicos asistiendo al médico especialista en la realización de procedimientos invasivos y diagnósticos como punciones lumbares, toracocentesis, paracentesis y colocación de accesos venosos centrales o arteriales, garantizando la

1	asepsia y el diligenciamiento del consentimiento informado. 15. Ejercer como primer respondiente en emergencias institucionales como código gris y código azul liderando o integrar el equipo de respuesta inmediata ante situaciones de paro cardiorrespiratorio o emergencias por inestabilidad hemodinámica, aplicando maniobras de soporte vital avanzado y estabilización inicial del paciente según corresponda.

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° 9510984973	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 365.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 468.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 71.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 905.100

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	*NATALIA ROSADO ARIAS* *PS_1594_2026_178F70* **NATALIA ROSADO ARIAS** **CC: 1006821354**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON* *PS_1594_2026_178F70* **PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON** **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 1006821354		ROSADO ARIAS NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 97 #21 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6711013	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	641358412	9510984973	I	2026/09/11	2026/09/10	BANCOLOMBIA	0	$905,100

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
1	CC	1006821354	ROSADO ARIAS NATALIA	25-14	30	$2,925,312	$468,100	EPS005	30	$2,925,312	$365,700		0	$0	$0	14-11	30	$2,925,312	$71,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,925,312**	**$468,100**			**$2,925,312**	**$365,700**			**$0**	**$0**			**$2,925,312**	**$71,300**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$468,100	$0	$0	$468,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$468,100	$0	$0	$468,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$71,300	$0	$0	$71,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$71,300	$0	$0	$71,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$365,700	$0	$0	$365,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$365,700	$0	$0	$365,700
TOTAL				**1**	**$905,100**	**$0**	**$0**	**$905,100**

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		
☐	1. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1594 2026 24-03-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1594 2026 24-03-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1594 2026 CRP -8828.pdf	1 PS 1594 2026 CRP -8828.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO MARZO2026.pdf	2. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO MARZO2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1594 2026 CUENTA COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1594 2026 CUENTA COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1594 2026 CRP -15830.PDF	2 PS 1594 2026 CRP -15830.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
	Datos guardados				
	l 2026 CUENTA DE COBRO 26.pdf (Archivado)	3. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	l 2026 CUENTA DE COBRO 26.pdf	5. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	026 CUENTA DE COBRO 6.pdf	PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	l 2026 CUENTA DE COBRO 2026.pdf	7. PS 1594 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >