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:	**DEIBY ANDRES BARRAGAN RAMOS**			**CC:**	**93413913**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDRESBARRAGANTR@YAHOO.ES**			**TELÉFONO:**	**3014940630**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 83 7D 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000570082545**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1183 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**				

DEIBY ANDRES BARRAGAN RAMOS
PS_1183_2026_2D5EC2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DEIBY ANDRES BARRAGAN RAMOS
CC: 93413913
CEL: 3014940630

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			
DEIBY ANDRES BARRAGAN RAMOS			
	CON C.C N°	**93.413.913**	
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 1183 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.193.160	**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	ACTIVIDAD 1. RTA/ Realicé 234 actividades facturables de terapia respiratoria de la siguiente manera: 226 terapias respiratorias, 5 micronebulizciones, 3 gasometria arterial y 226 oximetrias de pulso en el servicio de pediatria intermedios, hospitalizacion y urgencias.
2	ACTIVIDAD 2. RTA/ Los 234 procedimientos realizados quedaron registrdos en sus correspondientes historias clinicas siguiendo los protocolos, tambien brindé atencion personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, tambien cumpiendo con los protocolos y guias de atencion para garantizar que la atencion sea pertinente y efectiva, la atencion brindada quedó con reporte de lo hecho en la atencion
3	ACTIVIDAD 3. RTA/ 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 Cnetro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	ACTIVIDAD 4. RTA/ Realice 226 terapias resíratorias incluyendo drenaje postural, vibroaceleracion de flujo espiratorio, higiene nasal, estimulo de tos o succion de secreciones bronquiales a 112 pacientes, teniendo en cuenta los 16 objetivos implementados por el hospital santa clara
5	ACTIVIDAD 5. RTA/ durante el mes de agosto se cumplió con el 98.5% de los objetivos exigidos por el hospital santa clara, en las 234 actividades realizadas.
6	ACTIVIDAD 6. RTA/ Hice entrega del informe de producción mensual de agosto de 2026, entrega de objetivos, diligenciamiento de drives todos los turnos al finalizarlos, subi las bases de sala era al finalizar cada semana, subi las evidencias exigidas por la institucion, esto para consolidación de indicadores mensuales.
7	ACTIVIDAD 9. RTA/ Garantice la privacidad de la historia clinica de cada paciente
8	ACTIVIDAD 11. RTA/ No se reportaron sucesos de seguridad y salud en el paciente durante el mes de septiembre de 2026. por los mecanismos establecidos por la Subred Centro Oriente.
9	ACTIVIDAD 19. RTA/ Participe en las reuniones virtuales de higiene de manos, estrategis de decanulacion en uci y charla intersurgical en septiembre de 2026.
10	ACTIVIDAD 21. RTA/ diligencie en los formatos de limpieza y desinfeccion las 84 limpiezas realizadas a los equipos de terapia respiratoris del servicio de pediatria.
11	ACTIVIDAD 23. RTA/ 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° 1084049996	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/03	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/03	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/03	$ 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	*DEIBY ANDRES BARRAGAN RAMOS* *PS_1183_2026_2D5EC2* **DEIBY ANDRES BARRAGAN RAMOS** **CC: 93413913**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1183_2026_2D5EC2* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**