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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ**			**CC:**	**65770071**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAUDIAMOL0422@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3160488811**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 11 SUR 7B 30 IN 1 AP 201**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**041654278**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2761 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ
PS_2761_2026_C54E34

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ
CC: 65770071
CEL: 3160488811

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			
CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ			
	CON C.C N°	**65.770.071**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2761 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.563.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER		

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	Realización 11 fichas de notificación eventos individuales 357 de julio de USS Santa Clara, Materno Infantil, La Victoria.Materno Infantil, La Victoria.
2	Apoyo Notificación tablas ISO_ IAAS SDS el 14/07/2026 USS Santa Clara, encontrados envío en el correo institucional y carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara.
3	Búsqueda activa de IAAS por medio de la revisión diaria de cultivos microbiológicos, análisis y reporte de casos, encontrados en carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO FORMATO_BAI_IAAS_2026, con un total aproximado de 350.
4	Análisis de casos probables de infección de sitio operatorio - ISO reportadas en la base BAI semanal 24, encontrados carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara BASE_BAI_IAAS_2026_USS SANTA CLARA_JUNIO.
5	Análisis, gestión, reporte y cierre de sucesos de seguridad encontrados en sistema de información Almera de junio (aprox.28) y julio (aprox. 65).
6	Capacitación en prevención y control de IAAS dirigidas al personal nuevo y en formación durante las inducciones los días 01/07/2026 y 09/07/2026, programadas por gestión del conocimiento, encontrando los listados de asistencia en correos enviados por gestión del conocimiento.
7	Inducción IAAS nueva profesional de IAAS Santa Clara.
8	Asistencia a reunión presencial de calidad el 01/07/2026 y 29/07/2026, programada por correo institucional.
9	Asistencia a reunión virtual equipo infecciones el 30/07/2026, programada por correo institucional.
10	Se dio respuesta a acciones de mejora IAAS de Almera relacionadas con IAAS, actas en carpeta compartida EQUIPO IAAS SISCO-Santa Clara JULIO, capacitaciones-sensibilizaciones.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 950715061	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/21	$ 279.693

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/21	$ 358.008
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/07/21	$ 54.506
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.207

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	*CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ* *PS_2761_2026_C54E34* **CLAUDIA PIEDAD MOLINA CRUZ** **CC: 65770071**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_2761_2026_C54E34* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**