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:	**OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO**			**CC:**	**52172245**
CORREO ELECTRÓNICO:	**OLGALUHE2005@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3223112257**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78B 1 10 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04554631971**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1290 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**				

OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO
PS_1290_2026_96B39C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO
CC: 52172245
CEL: 3223112257

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			
OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO			
	CON C.C N°	**52.172.245**	
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 1290 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 MATERNO INFANTIL		
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. ACTIVIDAD 1. REALICE 92 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA EN ATENCION HOSPITALIZACION, URGENCIAS PEDIATRIA Y SALAS DE CIRUGIA OBSTETRICA Y PARTOS, MEJORANDO LA ATENCION DEL PACIENTE.
2	2 ACTIVIDAD 2. BRINDÉ ATENCIONES PERSONALIZADAS, CON HUMILDAD, PROFESIONALISMO, RESPONSABILIDAD Y RESPETO A 68 PACIENTES
3	3 ACTIVIDAD 3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD 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	4 ACTIVIDAD 4. REALICE 68 TERAPIAS RESPIRATORIAS, 65 MICRONEBULIZACIONES15, (INHALADORES) 12 ,18 GASES, 254 OXIMETRIAS, 254 REGISTRO DE OXIGENOS, 20 DESINFECCIONES. EN PACIENTES CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS 378 ACTIVIDADES INCLUYENDO LOS OBJETIVOS EN LA SEDE MATERNO INFANTIL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS PEDIATRICAS, SALAS DE PARTOS Y CIRUGIA OBSTETRICA
5	5 ACTIVIDAD 5. CUMPLO EN UN 90% CON LA ATENCION DE LOS PACIENTES BRINDANDOLES UN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON PAUTAS DE MANEJO, ESTO DEPENDIENDO DE LOS FACTORES EXTERNOS EN CADA CASO COMO MATERIALES Y DISPONIBILIDAD DE AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON LA CONSULTA.
6	6 ACTIVIDAD 6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL, ENTREGA DE OBJETIVOS Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS PARA ANEXAR A LOS DRIVES (LOS PRIMEROS DIAS DEL MES), SE SUBEN EVIDENCIAS Y DE INFORMACIÓN ENTREGADA PARA CONSOLIDACIÓN DE INDICADORES MENSUALES, ACÁ APLICA INFORMACIÓN DE ENVIÓ DE BASE DE SALA ERA E INDICADORES DE SALA ERA (TRIAGE).
7	7 ACTIVIDAD 7. REALICÉ REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD 370 NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL APLICATIVO DINÁMICA 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 ACTIVIDAD 9. SE GARANTIZA LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE RESERVANDO ESTA INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE SU ATENCIÓN
9	9 ACTIVIDAD 10. SE GARANTIZA LA ADECUADA INTEGRIDAD Y 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, ASISTIENDO A LAS CAPACITACIONES OFRECIDAS POR LA ENTIDAD EN CADA ASPECTO RELACIONADO CON SEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS MISMOS.
10	10 ACTIVIDAD 12. PARTICIPO EN CADA ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL SERVICIO COMO, CUROS, CHARLAS .
11	11 ACTIVIDAD 14. APOYO A LA ENTIDAD EN DIVERSAS ACTIVIDADES SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD; COMO LO ES LA CAPACITACION DEL APLICATIVO DE PAGOS SIGCO .
12	12 ACTIVIDAD 19. ASISTO A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITÉS Y EVENTOS EN LOS QUE SE ME CONVOQUE.
	13 ACTIVIDAD 20. INFORMO A MI SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES 13 ACTIVIDAD 20. INFORMO A MI SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO13 ACTIVIDAD 20. INFORMO A MI SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE

13	MIS OBLIGACIONES DE MIS OBLIGACIONES
14	14 ACTIVIDAD 23. CUMPLIR CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y APLICAR LAS NORMAS DEL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED .
15	15 ACTIVIDAD 24. SE ACATAN LAS ORDENES DE LA COORDINACION SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

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° 6031912970	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 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	*OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO* *PS_1290_2026_96B39C* **OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO** **CC: 52172245**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1290_2026_96B39C* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52172245
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 78 1-10 BL 38 INT 17 APTO 401	TELÉFONO:	4809388
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6035992340**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/10/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		736071568	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52172245	HERRERA TRUJILLO OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 1.750.905	52172245	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada