

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA TERESA MORENO TORRES			CC:	52120230
CORREO ELECTRÓNICO:	mariat.moreno08@gmail.com			TELÉFONO:	3103297359
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 39A 33 38 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	450700085464
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1630 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.883.880	
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				
<div><div>MARIA TERESA MORENO TORRES PS_1630_2026_10CF7B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA TERESA MORENO TORRES CC: 52120230 CEL: 3103297359</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA TERESA MORENO TORRES

CON C.C N°52.120.230

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1630 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$14.894.880No. HORAS EJECUTADAS194

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$32.332.300VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.883.880

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASNUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

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)

11. REALIZAR ACTIVIDADES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE CADA PACIENTE CONFORME A LAS GUIAS VIGENTES .2.REALIZAR EVALUACIONES E INTERVENCIONES A USUARIOS CON ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, HABILIDADES ESCOLARES Y COGNITIVAS.3.REALIZAR ESTIMULACION MULTISENSORIAL Y FORTALECIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y PROMOCION DE INDEPENDENCIA A LOS USUARIOS.4.REALIZAR CONSEJERIA INDIVIDUAL SOBRE ESTIMULACION ADECUADA PARA EL NEURODESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA 5. TENER DISPOSICION PARA LLEVAR A CABO TALLERES TERAPEUTICOS CONFORME A LA PROGRAMACION DEFINIDA. 6. PORTAR EL CARNET INSTITUCIOL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 7. CUMPLIR CON TODAS LAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA EL MANEJO DE LOSDISPOSITIVOS MEDICOS Y COMPORTAMIENTO DENTRO DE LAS DIFERENTES AREAS DEL SERVICIO 8. DIRECCIOR Y /O ASIGR PLAN CASERO O ACTIVIDADES PARA REALIZAR ENCASA A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN Y QUE HAN SIDO ATENDIDOS. 9. DAR PAUTAS DE MANEJO Y EDUCACION A LAS MADRES Y/O FAMILIARES DE LOS PACIENTESVALORADOS, SEGUN LA PERTINENCIA. 10. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES.11.PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE REVISTA, CASO CLINICO CON EL FIN DE EVALUAR Y EN CASO DE SER NECESARIO AJUSTAR EL PLAN INDIVIDUAL DE HABILITACION /REHABILITACION DEL USUARIO AMBULATORIO U HOSPITALIZADO. 12 VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUEREQUIERAN EL SERVICIO. 13.VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIOL Y GESTION AMBIENTAL. 14.PRESTAR EL SERVICIO DECONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 15 EJERCER LAS ACTIVIDADESPROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.16 VALORAR A LOSPACIENTES EN LOS DIREFERENTES SERVICIOS DE ATENCION A QUIENES LES HAN SOLICITADO INTERCONSULTA CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSOL QUEHACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO 17, ATENCION DE PACIENTES (ADULTO, MENOR) CON ENFERMEDAD CLINICA Y/O CRISIS. 18. REALIZAR DIFERENTES TALLERES SEGUN PATOLOGIAS PARA PACIENTE (ADULTO, MENOR) EN LOS PROCESOS DE LA SUBRED, HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS (SALUD MENTAL, CAD, URGENCIAS, QX, MEDI INTE, UCI, CONSULTA). 19. INSTRUIR AL USUARIO Y SUS FAMILIAS ACERCA DELAS ENFERMEDADES DEL PACIENTE (SALUD MENTAL, CAD, URGENCIAS, QX, MEDI INTE, UCI,CONSULTA). 20. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDDAES PRODUCCTIVAS DENTRO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION. 21. REALIZAR ORIENTACION VOCACIOL Y DIRECCIONAMIENTO DE CTIVIDADES PRODUCTIVAS. 22. REALIZAR ACTIVIDDAES DE PLAN CASERO AL PACIENTE QUE LO REQUIERA.

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° 1084336260	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/09	\$ 218.900	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/09	\$ 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	<div><div>MARIA TERESA MORENO TORRES PS_1630_2026_10CF7B</div></div> <div>MARIA TERESA MORENO TORRES CC: 52120230</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA PS_1630_2026_10CF7B</div></div> <div>MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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_1630_2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1630 2026 CRP -8856.pdf	1 PS 1630 2026 CRP -8856.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

		Editar			
☐	4.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1630 2026 CRP -15853.PDF	2 PS 1630 2026 CRP -15853.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CAMBIO SUPERVISOR PS 1630 2026 18-08-2026.pdf	CAMBIO SUPERVISOR PS 1630 2026 18-08-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	7.PS_1630_2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<div>Cancelar</div>		<div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div> <div><div><</div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div><div>></div></div>			