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:	**SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA**			**CC:**	**1109385825**
CORREO ELECTRÓNICO:	**andremelende@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3108557106**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 13 SUR # 8 50**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009500719399**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1096 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.843.840**
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**				

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
PS_1096_2026_4B8EBA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
CC: 1109385825
CEL: 3108557106

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			
SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA			
	CON C.C N°	**1.109.385.825**	
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 1096 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.954.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	RTA/ He realizado actualización en la gestión documental de los protocolos, instructivos y formatos del área de Terapias y Rehabilitación de La Subred Centro Oriente, así como acompañamiento constante al personal asistencial en la adherencia de estos documentos, para dar cumplimiento a los estándares de habilitación y acreditación.
2	RTA/ Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la 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.
3	RTA/ Realice actividades de apoyo administrativo (actividades de referencia, gestión documental, auditorias y seguimiento a procesos de terapia respiratoria, física, lenguaje y ocupacional) en la dirección de Servicio Complementarios en el área de terapias y rehabilitación de la Subred Centro Oriente.
4	RTA/ Entrega de soportes de gestión administrativa (evidencias: pantallazos, fotos, actas, listas de asistencias, formatos, capacitaciones, reuniones, mesas y seguimientos de trabajo) en Drive de la dirección de complementarios durante el mes en curso.
5	RTA/ Verificación y control de auditorías de historias clínicas del grupo de terapias y rehabilitación según necesidades del servicio y requerimientos solicitados con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
6	RTA/ Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente durante la verificación y control de auditorías de historias clínicas del grupo de terapias y rehabilitación según necesidades del servicio y requerimientos solicitados.
7	RTA/ Durante el cumplimiento de mis funciones y actividades diarias garantizo la integridad y funcionamiento de los equipos y recursos de la Subred como lo son equipamiento de oficina (equipos de cómputo, escritorios, impresoras) que están en mi cargo.
8	RTAS/ Participe en las siguientes reuniones: (01/09/2026) Validación cambios formato consentimiento informado/ revocatoria. (09/09/2026) Socialización criterios de auditoría inhaloterapia- SANTA CLARA. (10/09/2026) Reunión seguimiento situación brote UCI la UCI - SANTA CLARA. (11/09/2026) Socialización criterios auditoría alto flujo y extubación - VICTORIA. (11/09/2026) Socialización criterios auditoría toma de muestras respiratorias- SANTA CLARA. (14/09/2026) Protocolo oxigenoterapia. (18/09/2026) Socialización eficiencia filtración- intersurgical. (24/09/2026) Socialización estrategia multimodal lavado de manos. (25/09/2026) Capacitación subproceso donacion de organos.
	RTA/ Durante el mes de AGOSTO - SEPTIEMBRE participe en la elaboración, acompañamiento en actualización y socialización, implementación y adherencia a los protocolos de TERAPIA FISICA (revisión de presentaciones institucionales, elaboración de formularios en SGI ALMERA para aplicación de evaluaciones PRETEST y POSTEST, elaboración y revisión de informes de apropiación del conocimiento) de los siguientes documentos: MI-DT-PT-26 PROTOCOLO MANEJO DE GONARTROSIS MI-DT-PT-62 PROTOCOLO MANEJO FRACTURA DE CADERA MI-DT-PT-71 PROTOCOLO MANEJO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE MI-DT-PT-72 PROTOCOLO TRAUMA RAQUIMEDULAR MI-DT-PT-25 PROTOCOLO MANEJO DE LUMBALGIA MI-DT-PT-55 PROTOCOLO MANEJO DE TERAPIA FÍSICA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

9	MI-DT-PT-58 PROTOCOLO MANEJO DE TERAPIA FÍSICA DE COXARTROSIS MI-DT-PT-68 PROTOCOLO MANEJO DE TRASTORNOS ROTULIANOS MI-DT-PT-116 PROTOCOLO MANEJO DE TERAPIA FÍSICA EN TRAUMA CRANEOENCEFALICO MI-DT-PT-59 PROTOCOLO DESACONDICIONAMIENTO FISICO MI-DT-PT-70 PROTOCOLO MANEJO DE PARALISIS FACIAL MI-DT-PT-28 PROTOCOLO MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE SINDROME DE MANGUITO ROTADOR MI-DT-PT-30 PROTOCOLO MANEJO DE CERVICALGIA MI-DT-PT-73 PROTOCOLO MANEJO DE VERTIGO EN TERAPIA FISICA MI-DT-PT-117 PROTOCOLO MANEJO DE AMPUTACIONES DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES EN TERAPIA FISICA MI-DT-PT-82 PROTOCOLO MANEJO DEL PACIENTE PREMATURO Y/O BAJO PESO DEL PMC MI-DT-PT-32 PROTOCOLO MANEJO DE MEDIOS FISICOS EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA MI-DT-PT-118 PROTOCOLO LESIONES DE MUÑECA Y MANO MI-DT-PT-66 PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGIAS DE CUELLO DE PIE Y PIE MI-DT-PT-67 PROTOCOLO MANEJO FISIOTERAPEUTICO EN RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR MI-DT-IT-85 INSTRUCTIVO VALORACION FISIOTERAPEUTICA EN DESACONDICIONAMIENTO FISICO MI-DT-IT-86 INSTRUCTIVO VALORACION FISIOTERAPEUTICA EN NEUROLOGIA MI-DT-IT-87 INSTRUCTIVO VALORACION FISIOTERAPEUTICA EN ORTOPEDIA MI-DT-IT-88 INSTRUCTIVO VALORACION FISIOTERAPEUTICA EN PEDIATRIA MI-DT-PT-120 PROTOCOLO MANEJO DE FRACTURAS DE TIBIA Y PERONÉ MI-DT-PT-119 PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES MI-DT-PT-29 PROTOCOLO MANEJO DE ADAPTACION Y SEGUIMIENTO AL USO CORRECTO DE DISPOSITIVOS MI-DT-PT-121 PROTOCOLO MANEJO DE RADICULOPATIAS MI-DT-PT-63 PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGIAS DE CODO MI-DT-FT-446 FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREA DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION.
10	RTA/ Asistí a la reunión en representación del servicio de terapia y rehabilitación: RTAS/ Participe en las siguientes reuniones: (01/09/2026) Validación cambios formato consentimiento informado/ revocatoria. (09/09/2026) Socialización criterios de auditoría inhaloterapia- SANTA CLARA. (10/09/2026) Reunión seguimiento situación brote UCI la UCI - SANTA CLARA. (11/09/2026) Socialización criterios auditoría alto flujo y extubación - VICTORIA. (11/09/2026) Socialización criterios auditoría toma de muestras respiratorias- SANTA CLARA. (14/09/2026) Protocolo oxigenoterapia. (18/09/2026) Socialización eficiencia filtración- intersurgical. (24/09/2026) Socialización estrategia multimodal lavado de manos. (25/09/2026) Capacitación subproceso donacion de organos.
11	RTA/ Participe en la elaboración y respuesta de (PQ - requerimientos, quejas, reclamos y solicitud de servicios de asignación de citas) del área de Terapias y Rehabilitación. Las cuales se gestionaron, se dieron prioridad, se les agendo dando respuesta a la oportunidad de servicio y en garantía de la prestación de servicios oportunos y humanizados. Di respuesta a los siguientes requerimientos en AGILSALUD: 02/09/2026 RESPUESTA PQ-005788. 02/09/2026 RESPUESTA PQ-005892. 07/0/29026 RESPUESTA SISSGO-2026 PQ-005935. 07/0/29026 RESPUESTA SISSGO-2026 PQ-023277. 16/0/29026 RESPUESTA SISSGO-2026 CE-024224.
12	RTA/ Se cumple oportunamente con todas las observaciones desde el área de calidad en tema de gestión documental, auditorias de autocontrol PAMEC del grupo de Terapias. Seguimiento y apoyo en acciones de mejora de las auditorias de terapias en hospital santa clara, la victoria, san Blas y materno infantil en auditoria de adherencia a los protocolos (cánula de alto flujo, extubación, inhalo terapia, toma de muestras respiratorias y succión e higiene bronquial), verificación de criterios de adherencia críticos y la verificación del registro en historia clínica. RTAS/ Participe en las siguientes reuniones: (01/09/2026) Validación cambios formato consentimiento informado/ revocatoria. (09/09/2026) Socialización criterios de auditoría inhaloterapia- SANTA CLARA. (10/09/2026) Reunión seguimiento situación brote UCI la UCI - SANTA CLARA. (11/09/2026) Socialización criterios auditoría alto flujo y extubación - VICTORIA. (11/09/2026) Socialización criterios auditoría toma de muestras respiratorias- SANTA CLARA. (14/09/2026) Protocolo oxigenoterapia. (18/09/2026) Socialización eficiencia filtración- intersurgical. (24/09/2026) Socialización estrategia multimodal lavado de manos. (25/09/2026) Capacitación subproceso donacion de organos.
13	RTA/ Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de Bioseguridad durante la verificación de procesos en servicios asistenciales.
14	RTA/ Cumplo mis actividades en la unidad de salud asignada por mi supervisor de contrato y 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° 1084335216	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/09	$ 219.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	$ 290.000
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/09/09	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 552.500

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	*SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA* *PS_1096_2026_4B8EBA* **SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA** **CC: 1109385825**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1096_2026_4B8EBA* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**