| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **FRANCEY DIAZ LOPEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.162.243** | |
| **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 1088 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.894.880 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **180** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 32.992.960 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.603.600 |
| **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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | RTA/ Realice 206 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria. |
| 2 | RTA/ Realice respuesta de (1) interconsultaS, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención. |
| 3 | 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, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente. |
| 4 | RTA Se aplicaron 119 Objetivos con un cumplimiento del 94%<br>Realice 219 Actividades facturables:<br>Se atendieron 119 pacientes, 206 terapias respiratorias, 1,micronebulización, 12 gases arteriales.<br>Realice 192 Actividades NO facturables:<br>73 Registró pacientes con oxígeno, 174 oximetrias, 1 seguimiento a sala era,1 respuesta a interconsulta, 1 registro formato gases arteriales, 2 limpieza y desinfección. 3 asistencia RCP, 10 educación paciente y familiar. |
| 5 | RTA/ Realice 10 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica. |
| 6 | RTA/ ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL Y OBJETIVOS AL CORREO DE APOYO TERAPÉUTICO DEL 1 AL 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2026.<br>SUBIENDO EVIDENCIAS DURANTE EL MES CON EL REGISTRO DIARIO DE FORMATOS DIRECTAMENTE EN EL DRIVE. |
| 7 | RTA: Realice registro completo y con calidad de 294 historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. |
| 8 | Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente. |
| 9 | He garantizado la integridad y el correcto usos de los elementos, equipos y recursos de la subred centro oriente, dentro el cumplimiento de mis funciones. |
| 10 | RTA/ PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO (CAPACITACIONES, REUNIONES, REALIZACIÓN DE ENCUESTAS). |
| 11 | RTA:ASISTÍ A LAS CAPACITACIONES EN EQUIPO:<br>*** 31/08/2026 FORTALECIMIENTO TÉCNICO IRA-VSR.<br>***18/09/2026 CAPACITACIÓN RESPIRA CONECTA Y CUIDA INTERSURGICAL- EFICIENCIA EN INFILTRACIÓN.<br>*****24/09/2026 CAPACITACIÓN LAVADO DE MANOS. |
| 12 | RTA/ Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornadas |
| 13 | Diligencie formatos de limpieza y desinfección |
| 14 | RTA/ Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección |

**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° 88113775 | OPERADOR: | ENLACE OPERATIVO |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 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** | *FRANCEY DIAZ LOPEZ*<br>*PS_1088_2026_79C6FE*<br>**FRANCEY DIAZ LOPEZ**<br>**CC: 52162243** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANGELA MARIA MENDOZA MESA*<br>*PS_1088_2026_79C6FE*<br>**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

**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:** | **FRANCEY DIAZ LOPEZ** | | | **CC:** | **52162243** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **TRFRAND@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3133556611** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 62 B # 71A 47** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008480289290** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1088 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** | | | | |

*FRANCEY DIAZ LOPEZ*
*PS_1088_2026_79C6FE*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**FRANCEY DIAZ LOPEZ**
**CC: 52162243**
**CEL: 3133556611**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-09-09, 02:18:25 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2026 |
| **Empresa** | FRANCEY DIAZ LOPEZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52162243 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 88113775 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 640350397 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 541.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1 | $ 218.900 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1 | $ 42.700 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 541.800 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 541.800 |



**Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952**

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**