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			
TATIANA PAOLA CORZO CALDERON			
	CON C.C N°	**49.786.313**	
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 1058 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.594.560	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.084.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	Realice 348 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria.
2	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
3	Se aplicaron 125 objetivos con un cumplimiento del 95% Realice 391 Actividades facturables: Se atendieron 261 pacientes, 338 terapia respiratoria, 53 gases arteriales. Realice 389 Actividades NO facturables: 305 Registró pacientes con oxígeno, 255 oximetrias, 4 traslado paciente critico, 12 asistencia traqueostomía, 3 cambio de insumos, 13 cambio fijaciones y/o sujetadores, 12 registro formato parámetros ventilatorios, 2 registro formato gases arteriales, 82 limpieza y desinfección.
4	ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL Y OBJETIVOS AL CORREO DE APOYO TERAPÉUTICO DEL 1 AL 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2026. SUBIENDO EVIDENCIAS DURANTE EL MES CON EL REGISTRO DIARIO DE FORMATOS DIRECTAMENTE EN EL DRIVE.
5	ealice registro completo y con calidad de 683 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.
6	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
7	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.
8	PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO (CAPACITACIONES, REUNIONES, REALIZACIÓN DE ENCUESTAS).
9	ASISTÍ A LAS CAPACITACIONES EN EQUIPO: ***18/09/2026 CAPACITACIÓN RESPIRA CONECTA Y CUIDA INTERSURGICAL- EFICIENCIA EN INFILTRACIÓN. *****24/09/2026 CAPACITACIÓN LAVADO DE MANOS.
10	Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada
11	Diligencie formatos de limpieza y desinfección
12	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° 9510966951	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/10	$ 234.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 300.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 45.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 580.300

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	*TATIANA PAOLA CORZO CALDERON* *PS_1058_2026_6A0CBC* **TATIANA PAOLA CORZO CALDERON** **CC: 49786313**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1058_2026_6A0CBC* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **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:	**TATIANA PAOLA CORZO CALDERON**			**CC:**	**49786313**
CORREO ELECTRÓNICO:	**corzotatianapaola@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3017837463**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 67 # 57V-09 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**457870004696**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1058 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.084.080**
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**				

TATIANA PAOLA CORZO CALDERON
PS_1058_2026_6A0CBC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
TATIANA PAOLA CORZO CALDERON
CC: 49786313
CEL: 3017837463

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49786313		CORZO CALDERON TATIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR67#57V 09 SUR BARR MADELENA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6054117	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	642242007	9510966951	I	2026/09/03	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	7	$591,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,865,000	$298,400			$1,865,000	$233,200			$1,865,000	$11,200			$1,865,000	$45,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,865,000	$298,400			$1,865,000	$233,200			$1,865,000	$11,200			$1,865,000	$45,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,865,000	$298,400			$1,865,000	$233,200			$1,865,000	$11,200			$1,865,000	$45,500		$0	$0
1	CC	49786313 CORZO TATIANA	230301	30	$1,865,000	$298,400	EPS037	30	$1,865,000	$233,200	CCF24	30	$1,865,000	$11,200	14-7	30	$1,865,000	$45,500	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,865,000	$298,400			$1,865,000	$233,200			$1,865,000	$11,200			$1,865,000	$45,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49786313		CORZO CALDERON TATIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR67#57V 09 SUR BARR MADELENA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6054117	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	642242007	9510966951	I	2026/09/03	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	7	$591,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$298,400	$1,600					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$298,400	$1,600	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,500	$300					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$45,500	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,200	$100					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$11,200	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$233,200	$1,300					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$233,200	$1,300	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$588,300	$3,300	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$300,000
$300,000
$45,800
$45,800
$11,300
$11,300
$234,500
$234,500
$591,600