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			
SUSANA MARGARITA GALVIS ORTEGA			
	CON C.C N°	**44.191.111**	
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 1154 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.153.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.603.600
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	RTA/ Realice 197 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria.
2	RTA/ Realice respuesta de (2) 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 estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subre Centro Oriente.
4	RTA/ Se aplicaron 122 objetivos con un cumplimiento del 94% Realice 211 Actividades facturables: Se atendieron 256 pacientes,197 terapia respiratoria, 14 gases arteriales. Realice 304 Actividades NO facturables: 224 Registró pacientes con oxígeno, 256 oximetrias, 2 respuesta interconsulta,7 cambio de insumos, 16 registro formato gases arteriales, 22 limpieza y desinfección ventiladores y equipos, 1 asistencia a RCP.
5	RTA/ 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.
6	RTA: Realice registro completo y con calidad de 437 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.
7	RTA: Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
8	RTA: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.
9	RTA/ PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO (CAPACITACIONES, REUNIONES, REALIZACIÓN DE ENCUESTAS).
10	RTA:ASISTÍ A LAS CAPACITACIONES EN EQUIPO: *****24/09/2026 CAPACITACIÓN LAVADO DE MANOS.
11	RTA/ Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada .
12	RTA: Diligencie formatos de limpieza y desinfección
13	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° 9509633612	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/10	$ 220.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 281.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 43.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.800

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	*SUSANA MARGARITA GALVIS ORTEGA* *PS_1154_2026_0E9C55* **SUSANA MARGARITA GALVIS ORTEGA** **CC: 44191111**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1154_2026_0E9C55* **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:	**SUSANA MARGARITA GALVIS ORTEGA**			**CC:**	**44191111**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARGARITAFISIO@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3104364731**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49B # 9 94**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488426509201**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1154 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**				

SUSANA MARGARITA GALVIS ORTEGA
PS_1154_2026_0E9C55

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SUSANA MARGARITA GALVIS ORTEGA
CC: 44191111
CEL: 3104364731

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 44191111		GALVIS ORTEGA SUSANA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 73F 0 78 ANDALAY	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104364731	No

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	642611025	9509633612	I	2026/09/03	2026/09/10	NEQUI	7	$544,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	44191111 GALVIS SUSANA																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,500	$0	$281,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,500	$0	$281,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300	$0	$43,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$300	$0	$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$3,000**	**$0**	**$544,800**