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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN PABLO LOZANO SIERRA**			**CC:**	**1000730317**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANPABLOZANOSIERRA844@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3114666527**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 59B 45 11 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488423030797**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1072 2025**	**N° CDP:**	**1276**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.272.820**					

JUAN PABLO LOZANO SIERRA
PS_1072_2025_95EE9A-2025-06-13 17:37:52

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN PABLO LOZANO SIERRA
CC: 1000730317
CEL: 3114666527

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			
JUAN PABLO LOZANO SIERRA			
	CON C.C N°	**1.000.730.317**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1072 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**220**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.636.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.272.820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	Aplicación de biológico, siguiendo los lineamientos, protocolos y manual de vacunación. evidencia Vacunación segura- actas y listado de asistencia
2	Controlar temperatura de termos y cava mediante registro con termometro infrarrojo avisando cualquier anormalidad al supervisor. evidencia Formatos de control de temperatura
3	CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS EN EL PERIODO: 220 HORAS
4	Educación y orientación al paciente sobre el proceso de vacunación, biológico a administrar, reacciones adversas, sintomas comunes y cuidados posvacunales. evidencia Educacion y orientacion al paciente, consentimiento informado diligenciado y firmado
5	Promover el tiempo de espera como mecanismo de identificación de posibles eventos adversos posvacunales. evidencia Observación, entrega de carné, promoción del tiempo de espera y educación al usuario en sala de espera
6	1.UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. 2. REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LOS BIOLOGICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS, PARA EL PROCESO DE VACUNACION DIARIA. 3. EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACION DEL BIOLOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POST VACUNALES. 4. REALIZAR LA APLICACION DEL BIOLOGICO CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE VACUNACION SEGURA. 5. REITERAR AL USUARIO SU PERMANENCIA EN LA SALA DE ESPERA EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGUN EL BIOLOGICO. 6. REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATURA DE LOS BIOLOGICOS. 7. MANTENER EL MOVIMIENTO DE BIOLOGICO ACTUALIZADO. 8. CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS NEVERAS, TERMOS, CAVAS ENTRE OTROS. 9. EN LA SEGUNDA DOSIS DE VACUNA (SI APLICA), INDAGAR AL USUARIO SI PRESENTO ALGUN ESAVI. SI CUMPLE CON CRITERIOS DE ESAVI-GRAVE NOTIFICAR SEGUN EL PROTOCOLO NACIONAL DE ESAVI-298 DEL INS.
7	Registrar el movimiento del biólogico asignado se hace manejo desde el momento que se despacha en la mañana y cuando se recibe en la tarde para asi minimizando el riesgo de perdida y errores programáticos.dentro de la unidad y haciendo carge por parte de la unidad de cadena de frio para reportar el biologico aplicado evidencia Formatos de movimiento de biológico y kardex, acta y listado de asistencia
8	Realiza lavado de termos, paquetes refrigerantes y cava, garantizando la desinfeccion antes y despues de la jornada evidencia Formato de limpieza y desinfeccion de elementos- acta y listado de asistencia.
9	Verificar antecedentes posvacunales,verificar vacunas que ya tengan aplicadas se hace desde los aplicativos identificar y notificar a supervisor de punto. Y a la persona que este vacunando.para llevar a cabo como funcion cuando se realizan los informes de los biologicos mes a mes. evidencia Ficha INS 298, acta de jornada y notificación.

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87356288	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/06/12	$ 178.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/06/12	$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/12	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.300

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	*JUAN PABLO LOZANO SIERRA* *PS_1072_2025_95EE9A-2025-06-13 17:37:52* **JUAN PABLO LOZANO SIERRA** **CC: 1000730317**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_1072_2025_95EE9A-2025-06-17 19:55:30* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**