

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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: (31-08-2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		JOHN HENRY ARENAS AGUILAR			CC:		79761577
CORREO ELECTRÓNICO:		PILANARENAS7@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:		3104732618
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 1B 36 03 SUR			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:		488443615601
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° DEL CONTRATO:		PS 5108 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y TRECE (13) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		2025/03/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.315.040					
<div><div>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR PS_5108_2025_D7CD88</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHN HENRY ARENAS AGUILAR CC: 79761577 CEL: 3104732618</div>							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JOHN HENRY ARENAS AGUILAR

CON C.C N°

79.761.577

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5108 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/19
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.126.788	No. HORAS EJECUTADAS	208
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.073.420	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.315.040
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y TRECE (13) DÍAS
---	-----------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
------------------------	--------------------------------

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	Inicio y finalizo cada turno realizando el respectivo recibo y entrega, dejando todo debidamente registrado en los formatos de enfermería para garantizar la continuidad del cuidado.
2	Organizo y desarrollo mis actividades según el cronograma establecido por el servicio, cumpliendo con tiempos y prioridades clínicas.
3	Manejo con total discreción y responsabilidad la información clínica y administrativa de los pacientes, respetando la privacidad y normativas legales.
4	Diligencio cuidadosamente la historia clínica y sus anexos conforme a la Resolución 1995 de 1999, asegurando calidad y legalidad en la documentación.
5	Realizo los procedimientos que corresponden a mi perfil profesional, según lo habilitado en la Subred Norte, manteniendo estándares técnicos y éticos.
6	Cuido los equipos que me son asignados, y si son de mi propiedad, entrego toda la documentación requerida: hoja de vida del equipo, cronograma y reporte de mantenimiento, ficha técnica, registro INVIMA del técnico responsable, y protocolos de limpieza y desinfección.
7	Participo activamente en la construcción y actualización de guías, protocolos y manuales institucionales, aportando desde mi experiencia profesional.
8	Aplico en mis actividades todas las guías, manuales, protocolos e instructivos definidos por la Subred Norte, contribuyendo al orden y la calidad asistencial.
9	Me involucro en las acciones dirigidas al cumplimiento de los procesos de habilitación y acreditación, aportando desde mi rol al mejoramiento continuo del servicio.
10	Respondo de forma adecuada, respetuosa y dentro de los plazos legales a las peticiones, quejas y reclamos que lleguen al servicio.
11	Reporto de manera oportuna los eventos de interés en salud pública conforme al Decreto 3518 de 2006 y a los lineamientos del INS.
12	Informo sin demora cualquier incidente, evento adverso o complicación que afecte al paciente, siguiendo el Manual de Seguridad del Paciente.
13	Participo en todas las actividades formativas presenciales o virtuales promovidas por la Subred, como parte del compromiso con la mejora del servicio.
14	En cada una de mis funciones aplico los atributos de calidad: continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad.
15	Estoy disponible para desempeñar mis funciones en cualquiera de las unidades asignadas por el supervisor dentro de la Subred Centro Oriente.
16	Promuevo y cumplo con las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental en todas mis actividades.
17	Desempeño mi labor con ética, respeto y conforme a las normas que regulan la profesión de enfermería y los objetivos del contrato.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9488635490	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/07/14	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/14	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/14	\$ 34.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 440.500	

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	<div><div>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR PS_5108_2025_D7CD88</div></div> <div>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR CC: 79761577</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_5108_2025_D7CD88</div></div> <div>VANESSA CORREDOR GUZMAN SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ PS_5108_2025_D7CD88</div></div> <div>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>