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:	**JULIAN ALFONSO PELAEZ AYALA**				**CC:**	**1023921860**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JULIAN1234AYALA@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3103330850**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1A ESTE #42-32 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**468200039617**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4604 2025**	**N° CDP:**	**2527**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y VEINTE Y SEIS (26) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/02/06**	**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						**$ 5.513.940**

JULIAN ALFONSO PELAEZ AYALA
PS_4604_2025_CC5BED

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIAN ALFONSO PELAEZ AYALA
CC: 1023921860
CEL: 3103330850

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			
JULIAN ALFONSO PELAEZ AYALA			
	CON C.C N°	**1.023.921.860**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4604 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/02/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.729.713	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.152.364	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.513.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTE Y SEIS (26) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS .2.RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD.3. REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS.4. VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN.5. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE Y VERIFICAR EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS ESTABLECIDAS DEL SERVICIO UTILIZANDO TÉCNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD, E INFORMAR AL MÉDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA REALIZAR REAJUSTE DE TRATAMIENTO.6. APOYAR LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y CAMILLEROS, OBSERVANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERÍA.7. REALIZAR ACTUALIZACIÓN DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN FORMA ESCRITA Y CADA VEZ QUE SE REQUIERA EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. 8. CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO.9. REALIZAR LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTE ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASÍ LO AMERITE. 10. PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MÉDICA DIARIA DANDO SUS APORTES SEGÚN SEA EL CASO. 11. REALIZAR LA ASIGNACIÓN DE PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NÚMERO DE PACIENTES, COMPLEJIDAD Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 12. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO. 13. REALIZAR LA ASIGNACIÓN OPORTUNA DE CAMAS Y REGISTRO OPORTUNO EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL, PARA LOS PACIENTES QUE LOS REQUIERAN, REALIZANDO LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA TAL FIN DE FORMA OPORTUNA, COLABORANDO CON EL GIRO DE CAMA. 14. TRAMITAR DE FORMA OPORTUNA EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA, EXÁMENES ESPECIALES Y REMISIONES QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO. 15. DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA SUBRED. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 16. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS.17. REALIZAR CUMPLIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO CARRO PARO, SECUENCIA Y VERIFICACIÓN CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGÚN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR. 18. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES.19. HACER PARTE DEL PROCESO DE INDUCCIÓN AL PERSONAL NUEVO. 20.VERIFICACION Y SUPERVISIÓN DE PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CON EL PERSONAL A CARGO Y SU RESPECTIVO REGISTRO.21. EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, ACORDE A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA . CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO, Y OTRAS QUE SEAN SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR.22. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLÍNICA DE HERIDAS. 23. SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA MEDIANTE SUPERVISIÓN DIRECTA E INDIRECTA, OBSERVANDO REALIZACIÓN DE

PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERÍA.24. REALIZAR LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO TANTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO DE LAS AGENDAS EN PACIENTES AMBULATORIOS. 25. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 26.COORDINAR EL APOYO TÉCNICO MULTIDISCIPLINARIO CON OTRAS ÁREAS Y/O SERVICIOS CUANDO LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN ASÍ LO AMERITE. 27. PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS, MANUALES Y GUÍAS DEL SERVICIO. 28. PRESTAR SUS SERVICIO DE APOYO EN FORMA PERSONAL Y AUTÓNOMA COMO ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA , EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCIÓN RELACIONADA CON SU PROFESIÓN SEGÚN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SUJETÁNDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN, ACOGIÉNDOSE LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED. 29.APOYAR EL PROCESO DE GESTIÓN, OPERACIÓN Y NOTIFICACIÓN EN EL PROCESO DE GESTIÓN Y OPERACIÓN DE: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGÍAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGÚN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DEL MAITE. 30.REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS RIPS, DE CONFORMIDAD A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES. 31.REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA DE USUARIOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO CON CRITERIO DE INGRESO AL PROGRAMA QUE LIDERA.32.REALIZAR REGISTROS EN DHG HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

1	

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° 89024722	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/14	$ 275.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/14	$ 352.896
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	$ 53.729
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 682.325

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	*JULIAN ALFONSO PELAEZ AYALA* *PS_4604_2025_CC5BED* **JULIAN ALFONSO PELAEZ AYALA** **CC: 1023921860**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_4604_2025_CC5BED* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_4604_2025_CC5BED* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**