

 <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: (30-09-2025)							
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 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.315.040					
<div><div>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR PS_5108_2025_A9802A</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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 5108 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/03/19

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.126.788No. HORAS EJECUTADAS208

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

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCINCO (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	Desarrollo mis actividades en cualquiera de las unidades asignadas por el supervisor dentro de la subred centro oriente.
2	Vigilo que se cumplan las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental en mi lugar de trabajo.
3	Ejecuto mis funciones profesionales conforme a las normas y reglamentos, siempre alineado con el contrato y las necesidades del servicio.
4	Hago la entrega y recepción de turnos, asegurándome de registrar todo correctamente en los documentos de enfermería.
5	Sigo el cronograma establecido para cumplir con las actividades del servicio.
6	Mantengo la confidencialidad de toda la información que manejo durante mis labores.
7	Registro en la historia clínica y documentos anexos toda la información conforme a las normas vigentes.
8	Realizo los procedimientos que corresponden a mi perfil y que están autorizados en la subred centro oriente
9	Cuido y mantengo en buen estado los equipos asignados para el trabajo; si son equipos del contratista, me aseguro de que toda la documentación técnica, mantenimiento y capacitación esté en regla.
10	Participo en la creación y actualización de guías, protocolos y manuales institucionales.
11	Me ajusto estrictamente a los procesos, guías y protocolos establecidos por la subred centro oriente
12	Cumplo con los procesos de habilitación y acreditación que promueve la subred.
13	Atiendo de forma oportuna y adecuada las peticiones, quejas y reclamos dentro de los plazos legales.
14	Realizo la notificación obligatoria de eventos relevantes en salud pública según los protocolos vigentes.
15	Informo oportunamente sobre cualquier incidente, evento adverso o complicación, siguiendo el manual de seguridad del paciente.
16	Participo en las capacitaciones y actividades programadas, ya sean presenciales o virtuales, para mejorar la atención a los usuarios.
17	Aplico los principios de calidad en cada actividad, asegurando que todo sea oportuno, seguro, eficiente y pertinente.

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:N° 9489766105OPERADOR:APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/15	\$ 277.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/15	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 490.500
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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_A9802A</div><hr/>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR CC: 79761577</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_5108_2025_A9802A</div><hr/>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_A9802A</div><hr/>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		