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:	**ALEXANDER PALACIOS PALACIOS**				**CC:**	**1038810601**
CORREO ELECTRÓNICO:	**APPALACIOS10@HOTMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3212609348**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 63C 70 C 35**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**N° CUENTA:**	**58471869196**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1247 2025**	**N° CDP:**	**2493**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.893.400**					

ALEXANDER PALACIOS PALACIOS
PS_1247_2025_396CD1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEXANDER PALACIOS PALACIOS
CC: 1038810601
CEL: 3212609348

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			
ALEXANDER PALACIOS PALACIOS			
	CON C.C N°	**1.038.810.601**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESAROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1247 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.934.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS		

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	1.Se realiza pausas humanizadas en las unidades de Santa clara, San Blas, La Victoria, JEG y Materno infantil en los servicios asignados. 2.Se realiza capacitación en política y decálogo de humanización en las unidades asignadas y se realiza socialización en la campaña del silencio, apoyo en actividades ruta de la calidad y seguridad del paciente.3 Se realiza y se presenta cronograma de humanización para las pausas humanizadas y rondas de seguridad del Pte. en las unidades asignadas y se realiza actividades de grupo focal en las unidades asignadas, se realiza capitación y aplicación post test usuario de difícil manejo. 4 Se realiza capacitaciones al personal asistencial en política y decálogo de humanización en las unidades asignadas, se realiza diferentes reuniones del área de humanización. 5 Se realiza acompañamiento en los diferentes servicios, se asiste a las rondas de seguridad del paciente en las unidades programadas. 6 Se asiste a reuniones programadas desde humanización, se realiza cronograma del mes, se realiza el informe de las pausas humanizadas mensual, se asiste a mesa de análisis programada desde seguridad del paciente, se asiste a reunión programada por el jefe del proceso con el subproceso de humanización.
2	1.Se realiza pausas humanizadas en las unidades de Santa clara, San Blas, La Victoria, JEG y Materno infantil en los servicios asignados. 2.Se realiza capacitación en política y decálogo de humanización en las unidades asignadas y se realiza socialización en la campaña del silencio, apoyo en actividades ruta de la calidad y seguridad del paciente.3 Se realiza y se presenta cronograma de humanización para las pausas humanizadas y rondas de seguridad del Pte. en las unidades asignadas y se realiza actividades de grupo focal en las unidades asignadas, se realiza capitación y aplicación post test usuario de difícil manejo. 4 Se realiza socialización al personal asistencial en política y decálogo de humanización en las unidades asignadas, se realiza diferentes reuniones del área de humanización. 5 Se realiza acompañamiento en los diferentes servicios, se asiste a las rondas de seguridad del paciente en las unidades programadas. 6 Se asiste a reuniones programadas desde humanización, se realiza cronograma del mes, se realiza el informe de las pausas humanizadas mensual, se asiste a mesa de análisis programada desde seguridad del paciente, se asiste a reunión programada por el jefe del proceso con el subproceso de humanización.

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° 9490455695	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/11	$ 194.670
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	$ 249.178
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/11	$ 37.938
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.786

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	*ALEXANDER PALACIOS PALACIOS* *PS_1247_2025_396CD1* **ALEXANDER PALACIOS PALACIOS** **CC: 1038810601**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS* *PS_1247_2025_396CD1* **DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**