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:	**JUAN FELIPE MARIN GRAJALES**				**CC:**	**1023932473**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANFE3311@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**1111111111**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR38 #36-11 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**979073335**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3066 2025**	**N° CDP:**	**2525**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**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	**$ 2.154.640**					

JUAN FELIPE MARIN GRAJALES
PS_3066_2025_7F2B61

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN FELIPE MARIN GRAJALES
CC: 1023932473
CEL: 1111111111

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 FELIPE MARIN GRAJALES			
	CON C.C N°	**1.023.932.473**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO (A) 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 3066 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**115**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.242.144	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.154.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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. PROCESAR CADA UNA DE LAS PRUEBAS E INFORMAR LOS RESULTADOS DE MANERA OPORTUNA DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS. 2. ORIENTACIÓN E INFORMAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA TOMA DE MUESTRAS, LA FORMA DE SU RECOLECCIÓN Y EL PROCESAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR AL IGUAL QUE EL ANÁLISIS DE ESTAS EN LAS DIFERENTES ÁREAS QUE INTEGRAN EL LABORATORIO CLÍNICO. 3. REALIZAR PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN LOS ANÁLISIS CLÍNICOS A FIN DE GARANTIZAR LA VERACIDAD DE LOS RESULTADOS, VERIFICANDO Y/O CALIBRANDO DIARIAMENTE. 4. REVISAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS, COLORACIÓN, MONTAJE Y LAVADO DE MATERIAL DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.5. APLICAR LAS NORMAS, MANUALES, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 6. DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS. 7. REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE LOS EVENTOS DE SALUD PÚBLICA DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO. 8. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 9. RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 10. ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS RELACIONADOS CON SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 11. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES. 12. APOYAR LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES, NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA DE CALIDAD. 13. MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE POR SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES MANEJA. 14. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 15. VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO. 16.VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL. 17. 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. 18. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 19. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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° 9491748581	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/12	$ 179.869
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/12	$ 230.232
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/12	$ 35.053
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.154

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 FELIPE MARIN GRAJALES* *PS_3066_2025_7F2B61* **JUAN FELIPE MARIN GRAJALES** **CC: 1023932473**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_3066_2025_7F2B61* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**