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:	**JHON EDISON MENESES MANTILLA**				**CC:**	**1031150415**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOHN951206@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3108530457**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 64A 73 32 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24103685375**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2664 2025**	**N° CDP:**	**2527**	**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	**$ 1.735.200**					

JHON EDISON MENESES MANTILLA
PS_2664_2025_1110A6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JHON EDISON MENESES MANTILLA
CC: 1031150415
CEL: 3108530457

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			
JHON EDISON MENESES MANTILLA			
	CON C.C N°	**1.031.150.415**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO 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 2664 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.403.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.352.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.735.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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	1.recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. 2. traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad. 3. trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna. 4. usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos. 5. tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.). 6. trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. 7. responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad. 8. realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo. 9. asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. 10. conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica 11. asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades. 12. mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo. 13. informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. 14. informar oportunamente al referente del proceso inconveniente que se presenten con pacientes, muestras y equipos. 15. trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin. 16. realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio. 17. tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, etc. 18. dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la entidad. 19. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. 20. participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes. 21. realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. 22. 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. 23. realizar el uso de uniforme de acuerdo al protocolo institucional. 24.cumplir con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta. 25.apoyar actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (medicamentos, dispositivos e insumos). 26. portar el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred. 27. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales

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° 9490615754	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	$ 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	*JHON EDISON MENESES MANTILLA* *PS_2664_2025_1110A6* **JHON EDISON MENESES MANTILLA** **CC: 1031150415**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2664_2025_1110A6* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2664_2025_1110A6* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**