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:	**CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**			**CC:**	**1023911009**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CFIGUEREDO18@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3205369835**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 37 BIS A SUR 0 15 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870434729**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4263 2025**	**N° CDP:**	**2519**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/20**	**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	**$ 534.240**					

CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ
PS_4263_2025_3A37DC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ
CC: 1023911009
CEL: 3205369835

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			
CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ			
	CON C.C N°	**1.023.911.009**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4263 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.082.080	**No. HORAS EJECUTADAS**	**48**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.564.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 534.240
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes
2	Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y o reglamentos de acuerdo con el objeto contractual y las necesidades del servicio
3	Cumplí las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato
4	Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
5	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales
6	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurrías a los pacientes al médico de turno jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello
7	Apliqué akt y cumplir los procesos procedimientos guías y demás normas definidas por la entidad de conformidad con el objetivo del contrato
8	Solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado
9	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia dando atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana
10	Informe al profesional de enfermería y o médico tratante sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada
11	Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente
12	Realicé los inventarios conserve y use adecuadamente los equipos elementos e insumos al igual que el cuidado de la camilla de la móvil
13	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred verificando cumpliendo de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
14	Cumplí con las normas institucionales de bioseguridad vigilancia epidemiología gestión ambiental salud ocupacional y demás políticas institucionales
15	Realicé seguimiento e inventario de los formatos mi urf t032 ambulancia básica los siete primeros días de cada mes según la programación de referencia
16	No utilicé teléfono institucional para trámites dentro de la Sissco
17	Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informe al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registra en la historia clínica del traslado
18	Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente reporté eventos adversos e incidentes que servían para formular acciones y planes de mejoramiento
19	Asistí y participé en las capacitaciones socializaciones espacios técnicos científicos que se programan en la entidad
20	Recibí y entregué las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo con lo acordado con el supervisor y a conformidad al objeto misional de la calidad
21	Recibí y entregué turno de acuerdo con los protocolos de la entidad
22	Recibí y entregué al paciente con el profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo con la unidad de origen y de destino
23	Orienté a los familiares de los pacientes trasladados para exámenes diagnóstico de acuerdo con la los protocolos de manejo y tecnología requerida según normas establecidas para cada procedimiento
24	Realicé la desinfección y registré en los formatos institucionales aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal y de acuerdo con el protocolo establecido para ello y según patología del paciente
25	Realicé registros clínicos en forma oportuna diligenciando todas las casillas correctamente cumpliendo la resolución 1995 - 1999 entregando el soporte en un término no mayor de 24 horas en el área correspondiente
26	Realicé la desinfección y registren los formatos institucionales aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal y con protocolo establecidos para ellos según patología del paciente

27	Realicé notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslados de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad

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° 89775290	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ* *PS_4263_2025_3A37DC* **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ** **CC: 1023911009**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_4263_2025_3A37DC* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**, identificada con **CC** número **1023911009**, aportó por **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**, identificado(a) con **CC** número **1023911009** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **90591601** para el periodo de salud **2025-09** y pensiones **2025-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	3	0															0		30	$1.423.500	0,12500		$178.000	Septiembre - 2025	90591601	10/10/2025	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	3	0															0		30	$1.423.500	0,16000		$227.800	Septiembre - 2025	90591601	10/10/2025	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Octubre de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.