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: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**HAROL MEDINA ROJAS**			**CC:**	**1004225340**
CORREO ELECTRÓNICO:	**HAMEDINA7@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002808716**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6 ESTE 36H 20 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0074179367**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2572 2025**	**N° CDP:**	**1795**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.602.800**					

HAROL MEDINA ROJAS
PS_2572_2025_410437-2025-07-14 16:09:17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HAROL MEDINA ROJAS
CC: 1004225340
CEL: 3002808716

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			
HAROL MEDINA ROJAS			
	CON C.C N°	**1.004.225.340**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) 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 2572 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.403.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.930.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.602.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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. Recibo y entrego turno de acuerdo a lo acordado con mi supervisor y conforme al objeto misional de la entidad. 2. Realizo el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, garantizando la seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protección contra el frío y cuidado de su intimidad), y cumpliendo con la reglamentación establecida. 3. Traslado oportunamente las muestras biológicas al laboratorio clínico. 4. Utilizo los elementos de bioseguridad durante el traslado de muestras y en los procedimientos. 5. Tramito la facturación de órdenes de servicio (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.) de forma oportuna. 6. Traslado los equipos e insumos a los servicios, velando por su integridad y seguridad. 7. Soy responsable del inventario que se me asigna, y utilizo adecuadamente los equipos y elementos suministrados para mi labor. 8. Realizo la desinfección de los equipos asignados, siguiendo el protocolo. 9. Asumo de manera responsable y respetuosa la atención tanto al paciente como a mis compañeros de servicio. 10. Conservo, mantengo y garantizo la reserva legal de la historia clínica. 11. Asisto a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de acuerdo con mis funciones. 12. Mantengo la confidencialidad de la información que se me suministra en el desarrollo del servicio y demás aspectos relacionados. 13. Informo cualquier daño en los equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. 14. Informo oportunamente al referente del proceso sobre inconvenientes con pacientes, muestras o equipos. 15. Traslado los pacientes fallecidos a la morgue y los ubico en la nevera correspondiente. 16. Realizo el traslado de pacientes a los exámenes y valoraciones requeridas, de manera oportuna y segura, según las necesidades del servicio. 17. Tramito oportunamente las órdenes de exámenes especiales como TAC, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, entre otros. 18. Cumplo con las guías y protocolos establecidos por la entidad. 19. Ofrezco un trato cálido y de calidad al paciente y su familia, brindando una atención humanizada y respetuosa de la dignidad humana. 20. Participo en actividades de código rojo, código azul y en la aplicación de guías y protocolos de gestión de hemocomponentes. 21. Realizo la entrega de mis actividades al finalizar cada jornada. 22. Ejecuto las actividades propias de mi profesión, de acuerdo con las normas y reglamentos establecidos, el objeto contractual y las necesidades del servicio. 23. Uso el uniforme según lo establecido en el protocolo institucional. 24. Cumplo con el diligenciamiento y entrega oportuna de la hoja de ruta. 25. Apoyo actividades cuando se activa un plan de contingencia en diferentes servicios (medicamentos, dispositivos e insumos). 26. Porto el uniforme cumpliendo con las normas de higiene y bioseguridad de la subred. 27. Llevo conmigo el carné institucional de la subred durante la ejecución de mis actividades contractuales.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488111586	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/09	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	$ 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	*HAROL MEDINA ROJAS* *PS_2572_2025_410437-2025-07-14 16:09:17* **HAROL MEDINA ROJAS** **CC: 1004225340**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA PATRICIA LEON CACERES* *PS_2572_2025_410437-2025-07-15 01:11:03* **SANDRA PATRICIA LEON CACERES** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2572_2025_410437-2025-07-18 11:11:49* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**