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 DAVID WIESNER GUAQUETA**				**CC:**	**1023936140**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANWIESNER1994@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3148758631**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 15 A BIS ESTE 49 A 20 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488419396111**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1252 2025**	**Nº CDP:**	**2494**	**Nº. 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	**$ 3.143.560**					

JUAN DAVID WIESNER GUAQUETA
PS_1252_2025_317510

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN DAVID WIESNER GUAQUETA
CC: 1023936140
CEL: 3148758631

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 DAVID WIESNER GUAQUETA			
	CON C.C Nº	**1.023.936.140**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADESPARA 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 1252 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.435.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	se sensibiliza personal de empresa de aseo sobre cada uno de los procesos que ejecutan en los servicios
2	se asiste actividad del tour de calidad en santa clara
3	se asiste a ronda de seguridad del paciente en jorge eliecer y materno infantil
4	se realiza ronda de aislamientos diaria por cada servicio, ajuste de libro y tablero de aislamientos.
5	ingresar a link higiene de manos, 5 momentos y aislamiento hospitalario
6	recoger paquetes de medidas y dias dispositivos por los servicios de cuidado intensivos y se tabulan dias dispositivos
7	se asiste a reunion de equipo IAAS y CALIDAD
8	se digitaliza papeleria realizada en el mes de agosto y se guarda informacion
9	realizar alistamiento de papeleria para revision del mes emn curso en cada uno de los servicios de la unidad de santa clara
10	descargar historias clinicas que llegan por BAI y llenar base
11	se aplica un promedio de 30 a 45 listas de chequeo en la unidad de santa clara como revision a los procesos sujetos al manual de bioseguridad
12	se ejacutan acciones en el servicio de santa ines con el fin de retirar cosas que no son del servicio y estan en sitio de ropa sucia
13	realizar criterios de no cumplimiento del mes de agosto para presentacion pre comite
14	se revisa diariamente cultivos microbiologicos
15	se realiza medicion de west scan en salas de cirugia como seguimiento a limpieza y desinfeccion wn salas de cirugia post limpieza y desinfeccion
16	se realiza seguimiento a los procesos de limpiezay desinfeccion con west scan post revision de cada servicio para asi medir adherencias
17	se asiste a ronda de seguridad del paciente en la noche servicio de san rafael 1
18	se gestionan traslados pacientes con aislamiento
19	se sensibiliza al personal de nutricion sobre uso de epp y higiene de manos
20	se sensibiliza al personal en formacion de enfermeria sobre protocolos de bioseguridad
21	se realiza rondas por el servicio de central de esterilizacion y salas de cirugia con el fin de revisar limpieza y desinfeccion post obra
22	se realiza medicion de west scan en central de esterilizacion con el fin de habilitar el servicio por limpieza y desinfeccion satisfactoria

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° 80100323	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/15	$ 177.938
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/15	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/15	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.375

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 DAVID WIESNER GUAQUETA* *PS_1252_2025_317510* **JUAN DAVID WIESNER GUAQUETA** **CC: 1023936140**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS* *PS_1252_2025_317510* **DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**