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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOHN HENRY ARENAS AGUILAR**			**CC:**	**79761577**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PILANARENAS7@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3104732618**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1B 36 03 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488443615601**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5108 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.404.080**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/03/19**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JOHN HENRY ARENAS AGUILAR
PS_5108_2025_63B2C5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOHN HENRY ARENAS AGUILAR
CC: 79761577
CEL: 3104732618

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			
JOHN HENRY ARENAS AGUILAR			
CON C.C N°	**79.761.577**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5108 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/03/19**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.126.788	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.073.420	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.404.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y TRECE (13) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ		

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	Realizar el recibo y entrega de turno, asegurando el registro completo y adecuado de la información en la historia de enfermería.
2	Cumplir las tareas asignadas de acuerdo con el cronograma establecido para el servicio.
3	Garantizar la confidencialidad de toda la información manejada durante el desarrollo de las actividades laborales.
4	Registrar la información clínica y sus anexos siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 1995 de 1999.
5	Ejecutar los procedimientos propios del perfil profesional, conforme a las competencias habilitadas en la Subred Norte.
6	Velar por el correcto uso y conservación de los equipos asignados para la prestación del servicio; en caso de ser propiedad del contratista, entregar hoja de vida del equipo, cronograma y reporte de mantenimiento, ficha técnica, registro INVIMA del personal encargado del mantenimiento, cronograma de capacitación o certificación del personal operador y protocolos de limpieza y desinfección correspondientes.
7	Participar activamente en la elaboración y actualización de guías institucionales, protocolos, manuales y demás documentos técnicos.
8	Cumplir con los procesos institucionales establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás documentos).
9	Asegurar la adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.
10	Dar respuesta clara y oportuna a peticiones, quejas y reclamos, dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.
11	Notificar oportunamente los eventos de interés en salud pública, conforme al Decreto 3518 de 2006 y los protocolos de vigilancia epidemiológica definidos por el Instituto Nacional de Salud.
12	Informar de manera inmediata y adecuada cualquier incidente, evento adverso o complicación, según lo establecido en el manual de seguridad del paciente.
13	Participar en actividades y capacitaciones institucionales, tanto presenciales como virtuales, orientadas al fortalecimiento de la calidad en la atención.
14	Aplicar los atributos de calidad (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad) en cada una de las acciones realizadas.
15	Desarrollar las funciones asignadas en cualquiera de las unidades adscritas a la Subred Centro Oriente, según lo determine el supervisor.
16	Cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental, garantizando un entorno seguro para pacientes y personal.
17	Ejercer las funciones propias de la profesión de acuerdo con las normas, reglamentos y necesidades del servicio establecidas en el objeto contractual.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492604150	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/16	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/16	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/16	$ 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	*JOHN HENRY ARENAS AGUILAR* *PS_5108_2025_63B2C5* **JOHN HENRY ARENAS AGUILAR** **CC: 79761577**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*VANESSA CORREDOR GUZMAN* *PS_5108_2025_63B2C5* **VANESSA CORREDOR GUZMAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ* *PS_5108_2025_63B2C5* **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**