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:	**JORGE LUIS VELASCO TOLEDO**			**CC:**	**80728893**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JORGEVELASCO511@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102808437**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 157 A 92 06**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**6342041674**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1954 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JORGE LUIS VELASCO TOLEDO
PS_1954_2025_EA8D12

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORGE LUIS VELASCO TOLEDO
CC: 80728893
CEL: 3102808437

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			
JORGE LUIS VELASCO TOLEDO			
	CON C.C N°	**80.728.893**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER (ALMACEN) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1954 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.851.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	APLICAR LAS NORMAS DE RECEPCION, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION DE LOS INSUMOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SUB-ALMACEN DE LA RESPECTIVA UNIDAD.
2	APOYAR AL SUBALMACEN DE LA RESPECTIVA UNIDAD EN LA RECEPCION DE INSUMOS Y ELEMENTOS QUE SUMINISTRAN LOS PROVEEDORES VERIFICANDO SUS ESPECIFICACIONES TECNICAS CONTRA EL CONTRATO Y FACTURA
3	ORGANIZAR LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS Y DEMAS ELEMENTOS EN LA ESTANTERIA DE ACUERDO CON EL ORDEN ESTABLECIDO, PARA DETECTAR EL INDICE DE ROTACION Y LOS NIVELES DE EXISTENCIA
4	REALIZAR LA CLASIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS ELEMENTOS QUE INGRESAN AL SUB-ALMACEN DE ACUERDO A LAS COMPRAS REALIZADAS, A FIN DE GARANTIZAR SU RAPIDA LOCALIZACION Y SEGURIDAD, MANTENIENDO LAS CONDICIONES DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD.
5	MANTENER ADECUADA COMUNICACION CON LAS AREAS Y SERVICIOS DE LA RESPECTIVA UNIDAD, PARA LA ENTREGA DE LOS PEDIDOS.
6	APOYAR EN EL DESARROLLO Y ACTUALIZACION DE LOS INVENTARIOS PERIODICOS Y ANUALES SOBRE LOS ELEMENTOS EXISTENTES EN EL SUB-ALMACEN DE LA RESPECTIVA UNIDAD.
7	APOYAR EN LAS ACCIONES DE VERIFICACION MENSUAL DE INSUMOS Y ELEMENTOS DEL SUBALMACEN CON EL FIN DE VELAR QUE NO FALTE NINGUNO DE ESTOS DE ACUERDO A LOS SALDOS DE INVENTARIOS EXISTENTES.
8	VELAR POR LA LEGALIZACION, RECOLECCION DE FIRMAS EN LOS SOPORTES DE INGRESO Y EGRESO
9	APOYAR LA RECEPCION ADMINISTRATIVA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS CON EL FIN DE REALIZAR EL TRAMITE CORRESPONDIENTE.
10	REALIZAR LAS ENTREGAS DE LOS PRODUCTOS QUE REQUIEREN LAS AREAS Y SERVICIOS DE LA RESPECTIVA UNIDAD, DE ACUERDO CON LOS PEDIDOS Y ORDENES DE DESPACHO, Y INVENTARIOS ALEATORIOS
11	Toma física de inventario vigencia 2025 - Unidad de apoyo candelaria y almacen materno infantil , Dando cumplimiento a la Circular N° 17 del 1 de octubre 2025

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° 90649828	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/15	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/15	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	$ 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	*JORGE LUIS VELASCO TOLEDO* *PS_1954_2025_EA8D12* **JORGE LUIS VELASCO TOLEDO** **CC: 80728893**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ* *PS_1954_2025_EA8D12* **JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1954_2025_EA8D12* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**