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:	**DANIEL ANTURI PEÑA**			**CC:**	**80214275**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANTURY2507@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3138764835**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 29 # 40 27 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24722564649**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5807 2024**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.143.296**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2024/12/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

DANIEL ANTURI PEÑA
PS_5807_2024_E36D08

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIEL ANTURI PEÑA
CC: 80214275
CEL: 3138764835

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			
DANIEL ANTURI PEÑA			
CON C.C N°	**80.214.275**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5807 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2024/12/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.011.404	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.263.075	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.143.296
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ		

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	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades
2	Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual
3	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información
4	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades
5	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial registrando las novedades correspondientes a 16 registros en preoperacionales registrados en plataforma netux
6	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad
7	Realicé el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil
8	No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requieran reporte
9	Garanticé la participación de las reuniones y 2 capacitaciones programadas por el referente o la institución
10	Garanticé el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad
11	Realicé la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la unidad funcional de atención prehospitalaria en el marco de los estándares de calidad oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigentes
12	Garanticé el adecuado diligenciamiento de la historia clínica del programa de atención prehospitalaria según criterios y normatividad vigente además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la herencia del diligenciamiento de 15 historia clínica 8 registros de atenciones "desistimientos" 14 fallidos para un total de 37 registros en plataforma netux
13	Brindé respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias DUES garantizando la oportunidad y continuidad de la atención Durante los procesos de atención cumplimiento cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la subred centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención prehospitalaria
14	Presenté cumplimiento garantice el uso correcto de los elementos tecnológicos celular institucional tablet asignados al vehículo de emergencias asignado por la subred para el desarrollo de las actividades garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe
15	Realicé el proceso de verificación del aislamiento de los vehículos de emergencia previo a la verificación por el crude 16 registros entre operacionales registrados en plataforma netos 16 registros de control de temperatura

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° 8389850374	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/16	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/16	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/16	$ 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	*DANIEL ANTURI PEÑA* *PS_5807_2024_E36D08* **DANIEL ANTURI PEÑA** **CC: 80214275**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ* *PS_5807_2024_E36D08* **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ* *PS_5807_2024_E36D08* **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DANIEL ANTURI PEÑA
No. Identificación: CC80214275
Dirección: DIAGONAL 45 A SUR 26A-30
Telefono: 7618818
Correo: antury2507@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389850374

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DANIEL ANTURI PEÑA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC80214275	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2025
Número de planilla	8389850374	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2025
Fecha pago	2025-09-16	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	25190339	**Total Pagado**	405800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8389850374

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS010	EPS Sura	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80214275
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIEL ANTURI PEÑA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	230201	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información