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 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:	**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**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JUAN DAVID WIESNER GUAQUETA
PS_1252_2025_396D19

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 realiza una revisión diaria de cultivos microbiologicos con el fin de detectar pacientes que requieran condiciones de aislamiento y poder sensibilizar al personal asistencial
2	se ejecuta una ronda diaria de aislamientos y búsqueda activa en cada uno de los servicios de la unidad de santa clara para identificar pacientes en condición de aislamiento
3	se recogen formatos de días dispositivos y paquetes de medidas por los servicios de cuidado intensivo de la unidad de santa clara
4	se realiza digitalización de listas de chequeo aplicadas en el mes de septiembre
5	se ingresa por medio de link adherencia de técnica de higiene de manos, 5 momentos y aislamiento hospitalario
6	se realiza descarga de historias clínicas que cruzan por BAI y se completa base de las mismas con lo relacionando al motivo de la consulta
7	se aplican en un promedio de 20 a 45 listas de chequeo mensual donde se mide la adherencia de cada uno
8	se evalúa en cada una de las revisones mensualmente técnica higiene de manos y 5 momentos
9	se realiza acompañamiento a ronda de seguridad del paciente
10	se participa en la segunda celebración del día mundial de higiene de manos en la unidad de san blas
11	se realizan criterios de no cumplimiento del mes de septiembre para presentación del precomite
12	se participa en la jornada del tour de la calidad hospital santa clara
13	se realizo acompañamiento al funcionario de west en algunos servicios donde se sensibiliza al personal sobre la importancia de higiene de manos en sus 5 momentos y las técnicas correctas
14	se asiste a la capacitación por parte de la referente de infecciones al personal de empresa de aseo
15	se realiza avanzada por los servicios de la unidad de santa clara con el fin de que se mantenga orden correcto ante procesos prioritarios que se evalúan en según el manual de seguridad
16	se ejecuta alistamiento de paquetes de listas de chequeo para revisar adherencias de cada uno de los servicios
17	se realiza sensibilización al personal asistencial en los servicios donde se presentan casos con microorganismos con clostridium difficile y la importancia de tener una correcta adherencia a los protocolos
18	durante el mes se sensibiliza al personal asistencial donde se ejecuta cada una de las revisiones sobre toso lo que comprende el manual de bioseguridad en pro al cuidado de nuestros pacientes

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° 89928596	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	$ 177.938
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 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_396D19* **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_396D19* **DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**