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:	**PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES**			**CC:**	**79509337**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PERTERANTONI1005@GAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3225383112**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 54 F SUR 88 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**570060491**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3075 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/30**				

PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
PS_3075_2025_CA9024

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
CC: 79509337
CEL: 3225383112

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			
PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES			
CON C.C N°	**79.509.337**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO MENSAJERO MOTORIZADO 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 3075 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	1. ENTREGA DE MATERIAL PARA LA TOMA DE MUESTRA DE TSH NEONATAL EN CADA UNA DE LAS SUBREDES 2. RECOGER MUESTRAS DE TSH NEONATAL EN LAS SUBREDES, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS CON SU RESPECTIVA HOJA DE RELACIÓN INDICANDO LA FECHA, HORA Y QUIEN ENTREGA 3. ENTREGA DE RESULTADOS DE TSH NEONATAL EN CADA UNO DE LAS SUBREDES, UNA VEZ SEAN PROCESADOS Y LLENANDO EL FORMATOS CON SU RESPECTIVA HOJA DE RELACIÓN INDICANDO LA FECHA, HORA Y QUIEN ENTREGA 4 .ENTREGAR Y RECIBIR LOS INFORMES QUE SEAN ENVIADOS DE CADA INSTITUCIÓN 5. INFORMAR LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN EL TRANSPORTE Y ENVIÓ DE MUESTRAS 6. SERVIR DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS DEMÁS SUBREDES Y EL LABORATORIO DE GENÉTICA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE EN CUANTO AL PROGRAMA DE TSH NEONATAL. 7. ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS PARA EL GRUPO FUNCIONAL POR LA REFERENTE DEL SERVICIO. 8. ASISTIR A TODAS LAS CAPACITACIONES REALIZADAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL ÁREA A LA CUAL PERTENECE. 9. ENTREGAR ESTADÍSTICAS MENSUALES DE PROGRAMA TSH NEONATAL EN EL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. 10. CUMPLIR DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL REFERENTE DEL LABORATORIO. 11. TRANSPORTAR TODO TIPO DE DOCUMENTOS, MATERIALES Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIEREN. 12. APLICAR LAS NORMAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 13. REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO. 14. RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 15.CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, APOYAR EN LA CREACIÓN, MODIFICACION EH IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS. 16. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES. 17. MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN. 18. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 19. VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO. 20.VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, UTILIZZNADO LAS SEÑALES VIALES. 21. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 22. DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS DELLABORATORIO 23. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR LA REUNIONES TRIMESTRALES.

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 (2025-10-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8980084	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	$ 61.923
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 467.723

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	*PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES* *PS_3075_2025_CA9024* **PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES** **CC: 79509337**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_3075_2025_CA9024* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**