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: (30-11-2025)					
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**	**N° 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:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

JUAN DAVID WIESNER GUAQUETA
PS_1252_2025_0177A8

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 N°	**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:	$ 34.579.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER		

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 recorrido por la unidades de cuidado intensivo del hospital sata clara donde se recogen paquetes de medidas y dias dispositivos
2	se realiza digitalizacion de papeleria por medio del celular de las revisones ejecutadas en el mes de octubre en el hospital santa clara
3	se realiza revision diaria de cultivos microbiologicos con con el fin de detectar pacientes que requieran aislamiento hospitalario en la unidad de santa clara
4	se ejecutan rondas de aislamiento por la unidad de santa clara donde se revisan pacientes en condicion de aislamiento medidas y nuevos pacientes que se encuentren aislados
5	se ingresa al link de aislamiento cada una de las observaciones evidenciadas en la ronda
6	se asiste a reunion de equipo en el auditorio 2 del ateneo programada con la referente de infecciones
7	se ejecutan revisiones por cada uno de los servicios de la unidad de santa clara con el fin de medir adherencias a procesos realacionados al manual de bioseguridad alli se aplican entre 35 y 48 listas de chequeo por mes
8	durante las revisiones de los servicios en la unidad se ejecutan sensibilizaciones al personal sobre cada proceso, en intermedios pediatria se organizan las listas de limpieza y desinfeccion de terapia respiratoria.
9	se asiste a reunion equipo de infecciones con la jefe martha referente de calidad
10	se sensibiliza al personal estudiante de enfermeria en salud mental mujeres sobre los procesos del manual de bioseguridad
11	se realiza seguimiento a los procesos de limpieza y desinfeccion en el servicio de hemodinamia donde se dejan observaciones para una nueva limoueza y desinfeccion seguimiento para que por infecciones se habilite el servicio
12	se ejecuta revision de hospitalización y urgencias en la unidad de samper mendoza ante presencia de un nuevo caso de varicela alli se sensibiliza al personal de enfermeria, empresa de aseo y medicos y se dejan medidas establecidas para prevencion y aumento de casos
13	se ingresa por medio de link sensibilizaciones, listas de chequeo e higiene de manos
14	en hemodinamia se les organizan listas de chequeo para servicios generales ante seguimiento a limpieza y desinfeccion, se realiza un acta ante el seguimiento ejecutado

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90768411	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	$ 177.937
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/18	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/18	$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.373

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_0177A8* **JUAN DAVID WIESNER GUAQUETA** **CC: 1023936140**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_1252_2025_0177A8* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**