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: 5** **FECHA: 2024-09-09**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ**			**CC:**	**1192801620**
CORREO ELECTRÓNICO:	**marquezgjc@javeriana.edu.co**			**TELÉFONO:**	**3046347314**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7A 8 20 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**10379264421**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2620 2025**	**N° CDP:**	**2527**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 5.146.344**					

JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ
PS_2620_2025_3F22ED

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ
CC: 1192801620
CEL: 3046347314

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 CAMILO MARQUEZ GONZALEZ			
	CON C.C N°	**1.192.801.620**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2620 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.684.096	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 49.502.928	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.146.344
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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.Se realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4.Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de manual limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492019962	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/18	$ 257.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/18	$ 329.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/18	$ 50.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 637.100

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 CAMILO MARQUEZ GONZALEZ* *PS_2620_2025_3F22ED* **JUAN CAMILO MARQUEZ GONZALEZ** **CC: 1192801620**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_2620_2025_3F22ED* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2620_2025_3F22ED* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192801620		MARQUEZ GONZALEZ JUAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7a#8 -20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2931329	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1790856956	9492019962	N	2025/09/04	2025/09/22	NEQUI	18	$8,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$27,000	$4,300			$27,000	$3,400			$0	$0			$27,000	$700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$27,000	$4,300			$27,000	$3,400			$0	$0			$27,000	$700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$27,000	$4,300			$27,000	$3,400			$0	$0			$27,000	$700		$0	$0
1	CC	1192801620	MARQUEZ JUAN	25-14	30	($2,032,000)	($325,200)	EPS010	30	($2,032,000)	($254,000)		0	$0	$0	14-11	30	($2,032,000)	($49,500)	0	$0	$0
2	CC	1192801620	MARQUEZ JUAN	25-14	30	$2,059,000	$329,500	EPS010	30	$2,059,000	$257,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,059,000	$50,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$27,000	$4,300			$27,000	$3,400			$0	$0			$27,000	$700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192801620		MARQUEZ GONZALEZ JUAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7a#8 -20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2931329	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1790856956	9492019962	N	2025/09/04	2025/09/22	NEQUI	18	$8,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,300	$100	$0	$4,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$4,300	$100	$0	$4,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$700	$100	$0	$800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$700	$100	$0	$800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,400	$100	$0	$3,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$3,400	$100	$0	$3,500
TOTAL				1	$8,400	$300	$0	$8,700

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192801620		MARQUEZ GONZALEZ JUAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7a#8 -20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2931329	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1787191479	9490283827	I	2025/09/04	2025/09/18	NEQUI	14	$634,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,032,000	$325,200			$2,032,000	$254,000			$0	$0			$2,032,000	$49,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,032,000	$325,200			$2,032,000	$254,000			$0	$0			$2,032,000	$49,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,032,000	$325,200			$2,032,000	$254,000			$0	$0			$2,032,000	$49,500		$0	$0
1	CC	1192801620 MARQUEZ JUAN	25-14	30	$2,032,000	$325,200	EPS010	30	$2,032,000	$254,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,032,000	$49,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,032,000	$325,200			$2,032,000	$254,000			$0	$0			$2,032,000	$49,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192801620		MARQUEZ GONZALEZ JUAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7a#8 -20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2931329	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1787191479	9490283827	I	2025/09/04	2025/09/18	NEQUI	14	$634,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,200	$2,900	$0	$328,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$325,200	$2,900	$0	$328,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,500	$500	$0	$50,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,500	$500	$0	$50,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$254,000	$2,300	$0	$256,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$254,000	$2,300	$0	$256,300
TOTAL				**1**	**$628,700**	**$5,700**	**$0**	**$634,400**