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:	**JARY VANEZA PEÑA RODRIGUEZ**			**CC:**	**1001061030**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PENAV365@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3143842828**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 1 BIS 13 43**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488436827965**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3061 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.136.960**
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**				

JARY VANEZA PEÑA RODRIGUEZ
PS_3061_2025_DC75FD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JARY VANEZA PEÑA RODRIGUEZ
CC: 1001061030
CEL: 3143842828

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			
JARY VANEZA PEÑA RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.001.061.030**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 3061 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.547.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.705.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.136.960
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ALTAMIRA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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	ASIGNE 25 CITAS DE TERAPIA FISICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE CENTRO DE SALUD ALTAMIRA Y 10 CITAS DE TERAPIA FISICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SAN BLAS
2	ORIENTE PACIENTES DE TERAPIA FISICA Y LENGUAJE EN EL CENTRO DE SALUD ALTAMIRA Y CONSULTA EXTERNA DE EL HOSPITAL SAN BLAS EN LA RUTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS Y DEBERES DE EL USUARIO
3	BRINDE APOYO EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES CON ALTO RIESGO DE CAIDA EN LOS SERVICIOS DE TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE
4	REALICE DESINFECCION DE IMPLEMENTOS TERAPEUTICOS RELACIONADOS CON TERAPIA FISCA Y DE LENGUAJE DESPUES DE TENER CONTACTO CON CADA PACIENTE Y CADA 8 DIAS SE REALIZA DE CADA IMPLEMENTO DESINFECCION TERMINAL.
5	CUMPLI LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES
6	VERIFIQUE EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS TERAPEUTICOS DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA FISICA,TERAPIA RESPIRATORIA Y TERAPIA DE LENGUAJE
7	CUMPLI CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO
8	REALICE DESINFECCION DE IMPLEMENTOS TERAPEUTICOS RELACIONADOS CON TERAPIA FISCA,TERAPIA RESPIRATORIA Y TERAPIA DE LENGUAJE DESPUES DE TENER CONTACTO CON CADA PACIENTE Y CADA 8 DIAS SE REALIZA DE CADA IMPLEMENTO DESINFECCION TERMINAL
9	PORTE EL UNIFORME DETENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED
10	OFRECI TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA
11	IMPARTI EDUCACIÓN AL PACIENTE YA LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE
12	MANTUVE LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES
13	EJERCI LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN TÉCNICA DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO
14	DESARROLLE MIS ACTIVIDADES ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR EN EL HOPITAL SAN BLAS LOS DIAS MARTES,EN CENTRO DE SALUD ALTAMIRA LOS DIAS LUNES MIERCOLES Y VIERNES,EN EL HOSPITAL SANTA CLARA LOS DIAS SABADOS,Y EN EL HOSPITAL LA VICTORIA LOS DIAS JUEVES

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° 9493621010	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/14	$ 178.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/14	$ 228.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.500

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	*JARY VANEZA PEÑA RODRIGUEZ* *PS_3061_2025_DC75FD* **JARY VANEZA PEÑA RODRIGUEZ** **CC: 1001061030**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3061_2025_DC75FD* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**