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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ**			**CC:**	**1013625007**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FABIANCORREA0902@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3135633614**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 106 SUR 7 43**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**469570016037**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 8185 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.870.418**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/12/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/10 AL 2025/12/31**				

HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
PS_8185_2025_AF7C0A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
CC: 1013625007
CEL: 3135633614

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			
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ			
	CON C.C N°	**1.013.625.007**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 8185 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/12/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 623.473	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.672.026	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.870.418
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA		

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)**
	Durante el período correspondiente al mes de diciembre, se dio cumplimiento satisfactorio a las actividades asignadas dentro del marco del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., desarrollando las siguientes funciones: Se realizó sensibilización a los pacientes y sus familias sobre los derechos y deberes en salud, brindando información clara y oportuna, promoviendo el respeto, la corresponsabilidad y el adecuado uso de los servicios de hospitalización domiciliaria. Se efectuaron visitas domiciliarias programadas, dando cumplimiento al plan de tratamiento ordenado por el médico tratante, garantizando la continuidad del cuidado, la administración segura de los procedimientos asignados y el acompañamiento al paciente en su entorno familiar. Se garantizó que el vehículo tipo motocicleta utilizado para la prestación del servicio contara con maletero o alforjas adecuadas, permitiendo el transporte seguro y organizado de los insumos necesarios para la atención de los pacientes del programa. Se presentó de manera escrita la propiedad del vehículo y/o la autorización correspondiente del propietario, dando cumplimiento a los requerimientos contractuales para el transporte del personal y los insumos del Programa de Hospitalización Domiciliaria. Se mantuvo en regla y vigente la documentación exigida para la conducción, incluyendo certificado médico para conducir, licencia de conducción, documentos de propiedad de la motocicleta, certificado de gases y SOAT. Se contó permanentemente con los implementos de seguridad y protección personal, tales como casco, chaleco reflectivo, rodilleras y canilleras, cumpliendo con la normatividad vigente en materia de tránsito y seguridad vial. Se asumió la responsabilidad del mantenimiento preventivo y correctivo de la motocicleta, así como el suministro del combustible necesario para el adecuado cumplimiento de las actividades asistenciales asignadas. Se cumplió con las normas de seguridad vial y manejo preventivo, respetando los parámetros establecidos por la legislación nacional en tránsito y transporte, garantizando desplazamientos seguros durante la jornada laboral. Se participó activamente en los procesos de fortalecimiento de competencias, mediante la asistencia a cursos y capacitaciones virtuales y presenciales programadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Se garantizó la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de la información, protegiendo los datos de los pacientes y el uso responsable de los aplicativos institucionales, conforme a la normatividad vigente. Se dio cumplimiento a las obligaciones asistenciales de acuerdo con la demanda del servicio, respondiendo oportunamente a los tiempos y necesidades de los centros de salud y hospitales que conforman la Subred. Se portaron de manera visible los elementos institucionales, manteniendo una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales,

1	lineamientos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Se atendieron y ejecutaron de forma responsable las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo con las necesidades del servicio y el objeto contractual.

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 (2025-12-10) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ* *PS_8185_2025_AF7C0A* **HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ** **CC: 1013625007**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_8185_2025_AF7C0A* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA* *PS_8185_2025_AF7C0A* **MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**