

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHN HENRY ARENAS AGUILAR		CC:	79761577	
CORREO ELECTRÓNICO:	PILANARENAS7@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3104732618	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1B 36 03 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488443615601

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5108 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.315.040
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



JOHN HENRY ARENAS AGUILAR
PS_5108_2025_6CA1C6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOHN HENRY ARENAS AGUILAR

CC: 79761577

CEL: 3104732618

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JOHN HENRY ARENAS AGUILAR

CON C.C N°

79.761.577

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5108 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/03/19

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.126.788

No. HORAS EJECUTADAS

208

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

23.840.460

VALOR DE HONORARIOS

\$

2.315.040

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

NUEVE (9) MESES Y VEINTE Y SIETE (27) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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	Realizar el recibo y entrega de turno, asegurando el registro completo y adecuado de la información en la historia de enfermería.
2	Cumplir las tareas asignadas de acuerdo con el cronograma establecido para el servicio.
3	Garantizar la confidencialidad de toda la información manejada durante el desarrollo de las actividades laborales.
4	Registrar la información clínica y sus anexos siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 1995 de 1999.
5	Ejecutar los procedimientos propios del perfil profesional, conforme a las competencias habilitadas en la Subred Norte.
6	Velar por el correcto uso y conservación de los equipos asignados para la prestación del servicio; en caso de ser propiedad del contratista, entregar hoja de vida del equipo, cronograma y reporte de mantenimiento, ficha técnica, registro INVIMA del personal encargado del mantenimiento, cronograma de capacitación o certificación del personal operador y protocolos de limpieza y desinfección correspondientes.
7	Participar activamente en la elaboración y actualización de guías institucionales, protocolos, manuales y demás documentos técnicos.
8	Cumplir con los procesos institucionales establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás documentos).
9	Asegurar la adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.
10	Dar respuesta clara y oportuna a peticiones, quejas y reclamos, dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.
11	Notificar oportunamente los eventos de interés en salud pública, conforme al Decreto 3518 de 2006 y los protocolos de vigilancia epidemiológica definidos por el Instituto Nacional de Salud.
12	Informar de manera inmediata y adecuada cualquier incidente, evento adverso o complicación, según lo establecido en el manual de seguridad del paciente.
13	Participar en actividades y capacitaciones institucionales, tanto presenciales como virtuales, orientadas al fortalecimiento de la calidad en la atención.
14	Aplicar los atributos de calidad (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad) en cada una de las acciones realizadas.
15	Desarrollar las funciones asignadas en cualquiera de las unidades adscritas a la Subred Centro Oriente, según lo determine el supervisor.
16	Cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental, garantizando un entorno seguro para pacientes y personal.
17	Ejercer las funciones propias de la profesión de acuerdo con las normas, reglamentos y necesidades del servicio establecidas en 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496260172	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500




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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR PS_5108_2025_6CA1C6</p> <hr/> <p>JOHN HENRY ARENAS AGUILAR CC: 79761577</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p>VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_5108_2025_6CA1C6</p> <hr/> <p>VANESSA CORREDOR GUZMAN SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_5108_2025_6CA1C6</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>