

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI			CC:	1013676780
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILOAGRANADOS@OUTLOOK.COM			TELÉFONO:	3112732124
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3B 49 78 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	111120632628
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3052 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.091.440	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI PS_3052_2025_A40376 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI CC: 1013676780 CEL: 3112732124					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI				
CON C.C N°		1.013.676.780		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE DE REACTIVO VIGILANCIA Y POCT 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 3052 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.736.000	No. HORAS EJECUTADAS	165	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 65.201.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.091.440	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA			
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.Participación como miembro en comité de seguridad del paciente 2.Presentación de indicadores en comité de seguridad del paciente 3.Analizar y gestionar reportes de seguridad del paciente relacionados con RDIV 4. Presentación de informe de Reactivovigilancia en Secretaría Distrital de Salud 5.Recolección de alertas sanitarias de manera semanal 6.Socialización de alertas sanitarias en la Subred Centro Oriente semanalmente. 7. Participación y presentación en círculos de seguridad del paciente por unidad de servicio de salud analizada. 8.Ejecución de planes de mejora del proceso de autoevaluación relacionados con POCT. 9.Capacitaciones en POCT en los servicios programados. 10. Capacitaciones en POCT en los servicios programados. 11.Gestión y envío de productos para las unidades de servicios de salud con implementación de POCT. 12.Participación en asistencias técnicas de habilitación realizadas por Secretaría Distrital de Salud en las unidades priorizadas 13. Desarrollo de planes de mejoramiento de estándares priorizados en la autoevaluación de acreditación. 14. Seguimiento y ejecución de listas de chequeo			
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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 269672	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2025/12/30	\$ 234.200	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/30	\$ 299.800	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/30	\$ 45.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 579.700	

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI

PS_3052_2025_A40376

CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI

CC: 1013676780

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_3052_2025_A40376

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO