**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: (31-03-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JHON DARWIN PATIÑO ARDILA** | | | **CC:** | **80931882** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **DARWINPATINO2020@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3107349063** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **calle 18 11 07** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **457070054186** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2750 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.226.865** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/05/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31** | | | | |

*JHON DARWIN PATIÑO ARDILA*
*PS_2750_2026_3775B9*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**JHON DARWIN PATIÑO ARDILA**
**CC: 80931882**
**CEL: 3107349063**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **JHON DARWIN PATIÑO ARDILA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **80.931.882** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2750 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 24.907.460 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 24.907.460 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.226.865 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1.Se realiza rondas de seguridad del paciente en las unidades asignadas (hospital San Blas, Hospital Jorge Eliecer Gaitán y Hospital Materno infantil).<br>2. Se realizan rondas nocturnas en el hospital Santa clara y Vicotria.<br>3.Se realizan búsquedas activas (13) en las sedes y servicios asignados.<br>4. Se realizan mesas de análisis (1) de acuerdo con la complejidad de los casos presentados en las sedes asignadas.<br>5.Se realizan socializaciones y/o capacitaciones al personal de la subred relacionadas con seguridad del paciente en el aplicativo.<br>6.Realiza acompañamiento a la secretaria de salud (seguimiento del caso) de los comités internos de seguridad del paciente.<br>7. Se realiza capacitación acompañamiento a la estrategia neón en las unidades.<br>8. Se realizan capacitaciones a guardas de seguridad en programa, prevención de fugas del Hospital Jorge Eliecer Gaitán.<br>9. Se realiza análisis de suceso de seguridad en las diferentes unidades<br>10. Se realiza lista de chequeo en los servicios de imágenes diagnosticas de las diferentes unidades.<br>11. Se asiste a reunión convocada por la jefe de la oficina de calidad en día 19/03/2026 a las 14+00<br>12. Se realizan círculos de Seguridad del paciente en las diferentes unidades asignadas (hospital San Blas, Hospital Jorge Eliecer Gaitán y Hospital Materno infantil). |

**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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 6006915469 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/03/16 | $ 311.400 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/03/16 | $ 398.600 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/03/16 | $ 60.700 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 770.700 |

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 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** | *JHON DARWIN PATIÑO ARDILA*<br>*PS_2750_2026_3775B9*<br>**JHON DARWIN PATIÑO ARDILA**<br>**CC: 80931882** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER*<br>*PS_2750_2026_3775B9*<br>**MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |