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: (30-06-2026)					
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:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

JHON DARWIN PATIÑO ARDILA
PS_2750_2026_002050

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** **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			
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:	$ 37.361.190	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. Se realizan rondas de seguridad del paciente fortaleciendo y creando la cultura de seguridad, acompañando los servicios; en las unidades asignadas: Jorge Eliecer Gaitán el día 09-06-2026 diurna 10+00 En el servicio de hospitalización San Blas el día 05-06-2026 En el servicio de urgencias pediatría La vitoria el día 10-06-2026 nocturna En el servicio de hospitalización Total =3 2. Se realizan búsquedas Activas en las unidades asignadas: Materno Infantil;1 Jorge Eliecer Gaitán;2 Victoria; 5 Total=8 3. Se aplican listas de chequeo del programa de seguridad del paciente en los diferentes servicios de las unidades de la subred centro oriente: Materno Infantil;2(17-24 de junio) Jorge Eliecer Gaitán;2(2-26 de junio) San Blas; 7(01-03-22-25-26-30 de junio) Total =13 4. Se realiza capacitaciones en las buenas prácticas de Seguridad del paciente en los diferentes servicios de las unidades de la subred centro oriente: Materno Infantil;0 Jorge Eliecer Gaitán;0 San Blas ;16 Total =16 5. Se realiza análisis de Sucesos de Seguridad del paciente en los diferentes servicios de las unidades de la subred centro oriente: Diana Turbay; 2 Samper Mendoza; 1 Materno Infantil; 15 Jorge Eliecer Gaitán;9 San Blas ;25 ANTONIO NARIÑO ; 1 Total =126 6. Se realiza informe de Seguridad del paciente de las unidades de la subred centro oriente: Materno Infantil. Jorge Eliecer Gaitán. San Blas . Total =3 7. Se realiza medas de análisis; 09/06/2026, 16/06/2026 y 22/06/2026

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6019986659	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/18	$ 311.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/18	$ 398.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/18	$ 60.673
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 770.773

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* *PS_2750_2026_002050* **JHON DARWIN PATIÑO ARDILA** **CC: 80931882**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_2750_2026_002050* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**