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: (30-09-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1185 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.405.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI
PS_1185_2026_05F315

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI
CC: 1013676780
CEL: 3112732124

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

CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI

CON C.C N° **1.013.676.780**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO REFERENTE DE REACTIVOVIGILANCIA 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 1185 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.047.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.405.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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. 15. Procesamiento de muestras de ADN-VPH en el área de biología molecular. 16. Ingreso de protocolos para realización de pruebas de ADN-VPH. 17. Recepción de muestras para ADN-VPH. 18. Digitación manual de resultados de ADN-VPH. 19. Registro e impresión de resultados de ADN-VPH. 19. Participar en la actividades establecidas por el supervisor

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 95086852	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/09	$ 270.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/09	$ 346.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 52.700
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 669.000

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	*CAMILO ANDRES GRANADOS SAMBONI* *PS_1185_2026_05F315* **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_1185_2026_05F315* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**