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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANTONNY RAFAEL CALDERA MEDINA**			**RUT:**	**700451261**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MEDINAORJUELA979@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3012064676**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CR 6A ESTE 43B 18**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**42865391506**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2738 2025**	**N° CDP:**	**2527**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.005.100**					

ANTONNY RAFAEL CALDERA MEDINA
PS_2738_2025_D6F930

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANTONNY RAFAEL CALDERA MEDINA
RUT: 700451261
CEL: 3012064676

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			
ANTONNY RAFAEL CALDERA MEDINA			
	CON C.C N°	**700.451.261**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2738 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.794.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.938.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.005.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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	Desarrollo Actividad 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el estado clínico de los pacientes, en forma oportuna y adecuada.
2	Desarrollo Actividad 5. Se revisó la historia clínica de los pacientes asignados, conociendo su evolución diaria y tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral.
3	Desarrollo Actividad 1. Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.
4	Desarrollo Actividad 3. Se notificaron de inmediato las acciones inseguras ocurridas a los pacientes, al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.
5	Desarrollo Actividad 7. Se cumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.
6	Desarrollo Actividad 12. Se realizó búsqueda activa de población clave, llevando a cabo el proceso completo para diagnóstico.
7	Desarrollo Actividad 13. Se portó el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
8	Desarrollo Actividad 20. Se veló por el cuidado y aprovechamiento de suministros, insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
9	Desarrollo Actividad 21. Se realizó revisión diaria del inventario correspondiente al área.
10	Desarrollo Actividad 22. Se diligenciaron de forma adecuada los formatos establecidos, y se realizaron registros y lectura diaria de termo-hidrometría del servicio.
11	Desarrollo Actividad 23. Se utilizó el uniforme de forma adecuada durante la programación de actividades, conforme a los protocolos institucionales.
12	Desarrollo Actividad 2. Se realizaron las actividades propias del cuidado de enfermería, cumpliendo los protocolos institucionales y previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás acciones derivadas del proceso de enfermería).
13	Desarrollo Actividad 6. Se diligenciaron los registros de atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, manteniéndolos actualizados según la normatividad vigente y necesarios para los procesos de costos y facturación.
14	Desarrollo Actividad 8. Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de equipos, elementos e insumos, así como del cuidado de la infraestructura del servicio y/o área asignada.
15	Desarrollo Actividad 9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y su familia, brindando atención humanizada y respetuosa de la dignidad humana, conforme a la política institucional de humanización.
16	Desarrollo Actividad 10. Se mantuvo la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la Resolución 1995 y al manual institucional de historia clínica.
17	Desarrollo Actividad 17. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
18	Desarrollo Actividad 18. Se realizó limpieza recurrente entre semana y desinfección terminal durante fines de semana, para mantener limpia y ordenada la unidad del paciente.
19	Desarrollo Actividad 19. Se ejecutaron procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.
20	Desarrollo Actividad 11. Se realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en servicios intramurales y extramurales, según solicitudes, generando el respectivo registro en historia clínica, planillas e informes.
21	Desarrollo Actividad 14. Se solicitó, alistó, entregó, custodió y realizó limpieza y desinfección del instrumental según el área correspondiente, conforme al manual de central de esterilización institucional.

22	Desarrollo Actividad 15. Se cumplieron actividades propias del servicio y las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo apoyo en procedimientos menores, traslado y entrega de muestras de patología.
23	Desarrollo Actividad 16. Se recepcionaron, custodiaron y entregaron oportunamente las historias clínicas de contingencia y los formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizando el registro correspondiente.
24	Desarrollo Actividad 24. Se participó en las reuniones y capacitaciones programadas.
25	Desarrollo Actividad 25. Se realizó el cumplimiento de protocolos relacionados con el carro de paro, incluyendo secuencia y verificación de candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos, y monitoreo de temperatura y descarga del desfibrilador en el servicio asignado.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074872606	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	$ 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*ANTONNY RAFAEL CALDERA MEDINA* *PS_2738_2025_D6F930* **ANTONNY RAFAEL CALDERA MEDINA** **RUT: 700451261**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_2738_2025_D6F930* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2738_2025_D6F930* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-22, 10:32:27 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1074872606

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202507

PAGADA 2025-08-14 00:00:00.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANTONNY RAFAELCALDERA MEDINA				
Documento	PT 1079521	**Dirección**	CR 6A ESTE #43 B - 18 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3183173251		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	PT 1079521		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CALDERA MEDINA ANTONNY RAFAEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!