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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAMILO IVAN CORTES GOMEZ**			**CC:**	**80108091**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILOICG112@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3155826135**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 82 BIS 83 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102661071**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2023 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.637.810**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

CAMILO IVAN CORTES GOMEZ
PS_2023_2025_FD8DCF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILO IVAN CORTES GOMEZ
CC: 80108091
CEL: 3155826135

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 IVAN CORTES GOMEZ			
	CON C.C N°	**80.108.091**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2023 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**237**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.968.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.637.810
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo con el objeto contractual y las necesidades del servicio.
2	Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente reporte eventos adversos e incidentes que servirán para formular acciones o planes de mejoramiento
3	Utilicé el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO.
4	Realicé seguimiento e inventario en los formatos MI-UR-FT-032 ambulancia básica y MI-UR-FT-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes, según la programación de referencia.
5	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programaron desde la entidad
6	Cumplí Las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato
7	Realicé la desinfección y registré en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal y de acuerdo con el protocolo establecido para ello y según patología del paciente.
8	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.
9	Recibí y entregué las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo con lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
10	Recibí y entregué turno de acuerdo con los protocolos de la entidad
11	Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informe al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registré en la historia clínica del traslado.
12	Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
13	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes, al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
14	Informé al profesional de enfermería y/o al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
15	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
16	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales
17	Realicé los inventarios, conserve y use adecuadamente los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil.
18	Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
19	Solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
20	Orienté a los familiares de los pacientes trasladados para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
21	Realicé registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente.
22	Recibí y entregué al paciente con el profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo con la unidad de origen y de destino.
23	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales.
24	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.

25	Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.
26	Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076428592	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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 IVAN CORTES GOMEZ* *PS_2023_2025_FD8DCF* **CAMILO IVAN CORTES GOMEZ** **CC: 80108091**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2023_2025_FD8DCF* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-10-18, 10:42:57 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076428592 **Referencia pago(PIN)** 8823528304

Periodo Cotización 202509 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-10-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO IVAN CORTES GOMEZ				
Documento	CC 80108091	**Dirección**	TV 82 BIS N # 83- 39		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3155286135		
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	CC 80108091		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					CORTES GOMEZ CAMILO IVAN	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	0	0			$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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!