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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRES GAMBA GONZALEZ**			**CC:**	**1012319237**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDRESGAMBA4@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3043353819**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 81F 73 12 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**542883165**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2596 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.675.960**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

ANDRES GAMBA GONZALEZ
PS_2596_2025_ECD8AD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES GAMBA GONZALEZ
CC: 1012319237
CEL: 3043353819

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			
ANDRES GAMBA GONZALEZ			
	CON C.C N°	**1.012.319.237**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2596 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.971.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.052.288	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.675.960
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	1.SE REALIZÓ RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 2. SE REALIZÓ EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON EL DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS. 3.SE REALIZÓ VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN. 4.SE VERIFICÓ, ADMINISTRÓ Y REGISTRÓ LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS OPORTUNAMENTE, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. SE INFORMÓ AL MÉDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA HACER AJUSTES A LOS TRATAMIENTOS. 5. SE CUMPLIÓ CON LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL A CARGO, VERIFICANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. 6. SE REALIZÓ LA ACTUALIZACIÓN DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN FORMA ESCRITA Y CADA VEZ QUE SE REQUIERA EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. 7.SE CONTROLARON LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. 8. SE REALIZARON LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTE ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASÍ LO AMERITA. 9.PARTICIPE EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MÉDICA DIARIA DANDO APORTES SEGÚN SEA EL CASO. 10. SE REALIZÓ LA ASIGNACIÓN DE PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE PACIENTES, COMPLEJIDAD Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, DEJANDO EL REGISTRO EN EL LIBRO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO. 11. SE RESPONDIÓ POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO. 12.SE REALIZÓ LA ASIGNACIÓN OPORTUNA DE CAMAS Y REGISTRO OPORTUNO EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL PARA TODOS LOS PACIENTES A CARGO Y REALIZANDO LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA TAL FIN DE FORMA OPORTUNA, COLABORANDO CON EL GIRO DE CAMA. 13.SE TRAMITARON DE FORMA OPORTUNA EXÁMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALES, RADIOLOGÍA, INTERCONSULTAS, REMISIONES Y TRASLADOS QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO. 14.SE DIO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA SUBRED. 15. SE DIO CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN EN CUANTO AL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS. 16. SE REALIZA VERIFICACIÓN DE CARRO PARO, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 17.SE CUMPLE CON PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 18.SE REALIZÓ VERIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN DE MANUAL LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CON EL PERSONAL A CARGO Y SU RESPECTIVO REGISTRO. 19. SE CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, ACORDE A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. 20.SE EJECUTAN LOS PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO DE HERIDAS. 21. SE REALIZÓ LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO TANTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO LOS PACIENTES AMBULATORIOS. 22. SE PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 23. SE GESTIONÓ EL APOYO TÉCNICO MULTIDISCIPLINARIO CON OTRAS ÁREAS Y/O SERVICIOS CUANDO LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ASÍ LO AMERITE. 24. SE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS, MANUALES Y GUÍAS DEL SERVICIO CUANDO SE REQUIRIÓ. 25. SE REALIZARON LOS REGISTROS EN DHG HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA Y DE FORMA FÍSICA EN CASO DE CONTINGENCIA, DE FORMA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CRITERIOS DE CALIDAD

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90953799	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/14	$ 206.300
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/14	$ 264.000
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/11/14	$ 40.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 510.500

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	*ANDRES GAMBA GONZALEZ* *PS_2596_2025_ECD8AD* **ANDRES GAMBA GONZALEZ** **CC: 1012319237**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYERLI MARTINEZ HERRERA* *PS_2596_2025_ECD8AD* **MAYERLI MARTINEZ HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2596_2025_ECD8AD* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANDRES GAMBA GONZALEZ
No. Identificación: CC1012319237
Dirección: KR 81 F NO 73 12 SUR BR BOSA LAURELES
Telefono: 3973357
Correo: andresgamba4@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 90953799

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANDRES GAMBA GONZALEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1012319237	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2025
Número de planilla	90953799	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-14	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	2092977	**Total Pagado**	544400
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	40300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	264400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	33100	1
EPS008	Compensar EPS	206600	1

90953799

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012319237
APELLIDOS Y NOMBRES: ANDRES GAMBA GONZALEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1650000	1650000	1650000	1650000	206300	0	264000	0	40200	33000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2596 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2596 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (34).pdf	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (34).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO2025 (20).pdf	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO2025 (20).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1 PS 2596 2025 CRP-4823.pdf	1 PS 2596 2025 CRP-4823.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2 PS 2596 2025 CRP-15476.pdf	2 PS 2596 2025 CRP-15476.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	3 PS 2596 2025 CRP-18103.pdf	3 PS 2596 2025 CRP-18103.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2596 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2596 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2596 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2596 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2596 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2596 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS 2596 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo