

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA		CC:	1070629584	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELTOTTO69@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3017363678	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78G BIS C 49B 99 SUR-CATALINA 1-KENNEDY		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24120406128

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5730 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.404.080
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA  
PS\_5730\_2025\_036483

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA

CC: 1070629584

CEL: 3017363678

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA**

**CON C.C N°**

**1.070.629.584**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5730 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/11</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.454.320	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>216</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 17.774.610	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.404.080
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** OCHO (8) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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	EMPALME Y RECIBO DE INFORMACIÓN PENDIENTE POR PARTE DEL PERSONAL A ENTREGAR DEL TURNO ANTERIOR GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO. REGISTROS Y FORMATOS DE ENFERMERÍA
2	CUMPLIMIENTO DE HORARIO Y ASIGNACIÓN DEL SERVICIO Y/O ÁREA DE TRABAJO. ADHERENCIA A LO COMUNICADO DESDE COORDINACIÓN POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN HABILITADOS POR LA MISMA
3	GARANTIZAR EL MANEJO ADECUADO DE LA INFORMACIÓN SUSCEPTIBLE DEL PACIENTE Y DAR USO SOLO PARA FINES MÉDICOS SIN QUE SE FILTRE INFORMACIÓN FUERA DEL ÁREA E TRABAJO. HISTORIA CLÍNICA, NOTAS DE ENFERMERÍA, FORMATOS RELACIONADOS
4	REGISTRO DE TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA AL ESTADO GENERAL DE LA SALUD DEL PACIENTE EN PRO DE UN ADECUADO MONITOREO DE SU ESTADO DE SALUD USANDO LAS HERRAMIENTAS PROPORCIONADAS POR EL SERVICIO PARA TAL FIN. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DINÁMICA Y ARCHIVOS FÍSICOS
5	ASISTIR EN PROCEDIMIENTOS AL JEFE DE ENFERMERÍA, MEDICO DE TURNO Y O TERAPEUTAS ASIGNADOS PARA DICHS PROCEDIMIENTOS. GUÍAS Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL
6	REALIZAR DESINFECCIONES RUTINARIAS Y TERMINALES, MONITOREO Y REPORTE DEL ESTADO ACTUAL DE LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS, REPORTE Y NOTIFICACIONES AL ÁREA BIOMÉDICA. MANUALES Y GUÍAS TÉCNICAS, PROTOCOLO INSTITUCIONAL, MEDIOS DE COMUNICACIÓN ADMINISTRADOS POR COORDINACIÓN
7	ASISTIR A CAPACITACIONES GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO Y CUIDADO OFRECIDO EN LA UNIDAD AL PACIENTE
8	MANTENER UNA ACTITUD PROTOCOLAR A LA UNIDAD ESTABLECIENDO UNA CULTURA DE TRABAJO ENFOCADA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO. GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y DEMÁS
9	MANTENER LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA SEGUIR DANDO BUENA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA ENTIDAD
10	TRATO HUMANIZADO A LA HORA DE RESOLVER UN CONFLICTO QUE HAGA SENTIR INCOMODO A UN PACIENTE, IDENTIFICANDO LAS CAUSAS Y LAS DIRECTRICES A TOMAR A SU PETICIONES, QUEJAS O RECLAMOS

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 92132020	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**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**



*ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA*  
*PS\_5730\_2025\_036483*

**ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA**  
**CC: 1070629584**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*VANESSA CORREDOR GUZMAN*  
*PS\_5730\_2025\_036483*

**VANESSA CORREDOR GUZMAN**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO*  
*PS\_5730\_2025\_036483*

**MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**