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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SAMUEL NICOLAS ANGULO PITA**			**CC:**	**1034659362**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SAMUELNICOLAS2712@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3127904443**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49B SUR 80J 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**75731686**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 8206 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.962.890**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/12/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

SAMUEL NICOLAS ANGULO PITA
PS_8206_2025_0B91A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SAMUEL NICOLAS ANGULO PITA
CC: 1034659362
CEL: 3127904443

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			
SAMUEL NICOLAS ANGULO PITA			
	CON C.C N°	**1.034.659.362**	
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 8206 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/12/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 384.313	**No. HORAS EJECUTADAS**	**190**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.719.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.962.890
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS. 2. REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DEL PROCESO DE ENFERMERIA. 3. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE. 4. INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. 5. REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE. 6. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 7. CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES. 8. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. 9. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGUN POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN. 10. MANTENER LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION. 11. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 12. SOLICITAR, ALISTAR, ENTREGAR, CUSTODIAR Y RETORNAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL INSTRUMENTAL SEGUN EL AREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION INSTITUCIONAL. 13. PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. REALIZANDO ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS E INFORMES PARA ENTREGA SEGUN FECHAS ESTIPULADAS POR LA SUBRED PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS, DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD, DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED. 14. CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYE APOYO E INSTRUMENTACION DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO. 15. REALIZAR LA RECEPCIÓN, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, REALIZADO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE. 16. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17. ORGANIZAR EL SERVICIO Y REALIZAR ALISTAMIENTO DE AREAS CON LA DOTACION NECESARIA Y MANTENERLOS ORDENADOS PARA FACILITAR LA PRESTACION DE SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO. 18. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS. 19. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRÍA DEL SERVICIO. 20. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS

1	NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS.21. APOYAR EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 22. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA REVISION MENSUAL DEL CARRO, , SECUENCIA Y VERIFICACION CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 23. APOYAR LA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, REALIZANDO LA TOMA, REGISTRO Y REPORTE DE SIGNOS VITALES, MEDICIONES DE CONTROL Y OBSERVACIONES CLÍNICAS RELEVANTES DONDE SE IDENTIFIQUEN CAMBIOS EN EL ESTADO DEL PACIENTE. 24. PREPARAR AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE CARDIOLOGÍA TALES COMO ELECTROCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, ECOCARDIOGRAMA Y PRUEBA DE ESFUERZO, ASEGURANDO LA ADECUADA IDENTIFICACIÓN, INFORMACIÓN BÁSICA Y ALISTAMIENTO SEGÚN PROTOCOLO. 25. ASISTIR AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y AL EQUIPO DE CARDIOLOGÍA DURANTE LA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS, SUMINISTRANDO EL MATERIAL REQUERIDO, GARANTIZANDO LA ASEPSIA Y VERIFICANDO EL FUNCIONAMIENTO BÁSICO DE LOS EQUIPOS. 26. COLOCAR, RETIRAR Y VERIFICAR LA CORRECTA ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO COMO ELECTRODOS DE ECG, TENSIÓMETROS AUTOMÁTICOS, REGISTRADORES AMBULATORIOS HOLTER Y MAPA Y OTROS ELEMENTOS PERMITIDOS DENTRO DEL ALCANCE DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA. 27. REALIZAR APOYO EN LA MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE, ASEGURANDO MEDIDAS DE CONFORT Y SEGURIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS. 28. REGISTRAR DE FORMA COMPLETA Y OPORTUNA LA INFORMACIÓN GENERADA DURANTE EL TURNO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL SERVICIO Y A LA NORMATIVIDAD DE HISTORIA CLÍNICA VIGENTE. 29. COLABORAR EN LA PREPARACIÓN, ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL ÁREA DESTINADA A LA ATENCIÓN CARDIOLÓGICA, INCLUYENDO DISPOSICIÓN DE INSUMOS, LIMPIEZA DEL MATERIAL REUTILIZABLE NO ESTÉRIL Y VERIFICACIÓN DEL ORDEN Y FUNCIONALIDAD DEL PUESTO DE TRABAJO. 30. APLICAR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES, MANEJO DE RESIDUOS, MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL DE RIESGOS ASISTENCIALES. 31. BRINDAR ORIENTACIÓN BÁSICA AL PACIENTE Y LA FAMILIA, SEGÚN INDICACIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL, RESPECTO AL PROCESO DEL EXAMEN, LOS CUIDADOS INMEDIATOS, RESTRICCIONES, ENTREGA DE DISPOSITIVOS Y RECOMENDACIONES GENERALES. 32. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS O SITUACIONES DE RIESGO, SIGUIENDO LOS CANALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, Y EJECUTAR LAS ACCIONES QUE SE LE SOLICITEN DENTRO DE SU ALCANCE ASISTENCIAL EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497555212	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/06	$ 124.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/06	$ 159.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	$ 24.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 308.400

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	*SAMUEL NICOLAS ANGULO PITA* *PS_8206_2025_0B91A5* **SAMUEL NICOLAS ANGULO PITA** **CC: 1034659362**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_8206_2025_0B91A5* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_8206_2025_0B91A5* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1034659362		Samuel Angulo	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 49 b sur #80 J 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3127904443	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	1000000272	9498654876	I	2026/02/13	2026/02/11	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1034659362	ANGULO SAMUEL	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1034659362		Samuel Angulo	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 49 b sur #80 J 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3127904443	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	1000000272	9498654876	I	2026/02/13	2026/02/11	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800