

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ		CC:	1022926737
CORREO ELECTRÓNICO:	ANCATAFE01@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3227184571
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 100A 28 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 161643341

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8150 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ
 PS_8150_2025_71D245

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

CC: 1022926737

CEL: 3227184571

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

ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

CON C.C N°

1.022.926.737

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 8150 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/04
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.068.810	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.008.039	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
--	---------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
-------------------------------	--------------------------------

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)
-------------	--

Durante el mes de enero, se dio cumplimiento oportuno y satisfactorio a las actividades asignadas dentro del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., desarrollando las siguientes funciones:

Se realizó sensibilización a los pacientes y sus familias sobre los derechos y deberes en salud, promoviendo el respeto, la corresponsabilidad y el adecuado uso de los servicios de hospitalización domiciliaria.

Se llevaron a cabo visitas domiciliarias, dando cumplimiento al plan de tratamiento ordenado por el médico tratante, garantizando la continuidad del cuidado, la correcta ejecución de los procedimientos asignados y el acompañamiento al paciente en su entorno familiar.

Se garantizó que la motocicleta utilizada para la prestación del servicio contara con maletero o alforjas en condiciones adecuadas, permitiendo el transporte seguro de los insumos requeridos para la atención domiciliaria.

Se presentó de manera escrita la propiedad del vehículo tipo motocicleta y/o la autorización del propietario, dando cumplimiento a los requerimientos contractuales para el transporte del personal y los insumos del Programa de Hospitalización Domiciliaria.

Se mantuvo en regla y vigente la documentación exigida para la conducción, incluyendo certificado médico para conducir, licencia de conducción, documentos de propiedad de la motocicleta, certificado de gases y SOAT.

Se contó permanentemente con los elementos de seguridad y protección personal, tales como casco, chaleco reflectivo, rodilleras y canilleras, de acuerdo con la normatividad vigente.

Se asumió la responsabilidad del mantenimiento preventivo y correctivo de la motocicleta, así como el suministro del combustible necesario para el cumplimiento de las actividades asignadas.

Se dio cumplimiento a las normas de tránsito, transporte y manejo preventivo, garantizando desplazamientos seguros durante el desarrollo de las labores asistenciales.

Se participó activamente en los procesos de fortalecimiento de competencias, mediante la asistencia a cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Se garantizó la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de la información, protegiendo los datos de los pacientes y el uso responsable de los aplicativos institucionales.

Se cumplió con las obligaciones asistenciales de acuerdo con la demanda y los tiempos requeridos, respondiendo oportunamente a las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Se portaron de manera visible los elementos institucionales, manteniendo una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y procedimientos establecidos por la oficina y la Subred.

1

Se ejecutaron las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo con las necesidades del servicio y el objeto contractual en las diferentes unidades de la Subred.

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° 8823827687	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/27	\$ 154.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/27	\$ 197.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/27	\$ 85.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 437.600

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 CAMILO TALERO FERNANDEZ

PS_8150_2025_71D245

ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

CC: 1022926737

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_8150_2025_71D245

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

PS_8150_2025_71D245

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte

2026-01-29, 08:32:58 AM

Tipo Planilla

I

Número Planilla 1079093625

Referencia pago(PIN) 8823827687

Periodo Cotización 202512

Periodo Servicio 202512

Ciente:

PAGADA 2026-01-27

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ		
Documento	CC 1022926737	Dirección	CR 5 #100 A - 28 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227184571
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	

DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022926737	Apellidos y Nombres	TALERO FERNANDEZ ANDRES CAMILO	Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11	Centro de Trabajo		Ubicación	BOGOTA D.C.
Tipo Cotizante	57 00	Residente	Exonerado N						

APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Pensión					Salud					Riesgos				Caja																
RE	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	KR	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Chik AFP	Chik EPS	Chik ARL	Chik CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario	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
																					\$ 1.423.500	231001		16%	\$ 1.233.700	\$ 197.400	\$ 0	\$ 0	EPS002		12,5 %	\$ 1.233.700	\$ 154.300	\$ 0	14-23	5	5,960 %	\$ 1.233.700	\$ 85.900	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %

V.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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN
\$ 197.400	\$ 0	\$ 0	\$ 154.300	\$ 85.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Ver contrato

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS 8150 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 pdf	PS 8150 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal