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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ**			**CC:**	**1013625007**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FABIANCORREA0902@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3135633614**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 106 SUR 7 43**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**469570016037**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1647 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.693.346**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28**				

HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
PS_1647_2026_C0ADD9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
CC: 1013625007
CEL: 3135633614

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				
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ				
		CON C.C N°	**1.013.625.007**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR 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 1647 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.172.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.172.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.693.346	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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)**
	Durante el mes de febrero de 2026, se dio cumplimiento a las obligaciones contractuales establecidas para el desarrollo de las actividades asistenciales dentro del Programa de Hospitalización Domiciliaria, ejecutando las siguientes acciones: Orientación al paciente y cuidador: Se brindó orientación permanente a pacientes y cuidadores sobre las recomendaciones relacionadas con la permanencia en el domicilio, necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento clínico, conforme a los lineamientos del PHD. Educación en manejo de dispositivos médicos: Se realizaron actividades educativas dirigidas al paciente y/o cuidador sobre el uso y manejo básico de los dispositivos médicos utilizados durante la atención domiciliaria, de acuerdo con los protocolos institucionales vigentes. Apoyo en administración de medicamentos: Se apoyó la administración de medicamentos prescritos por el médico tratante del programa, conforme a los protocolos institucionales y dentro del alcance del objeto contractual, garantizando seguridad en el proceso. Reporte de actividades asistenciales: Se informó oportunamente el desarrollo, localización y ejecución de las actividades asistenciales a través de los mecanismos definidos por el programa, facilitando la coordinación y seguimiento del servicio. Cumplimiento de normas de bioseguridad: Se ejecutaron las actividades contractuales cumpliendo estrictamente las normas de bioseguridad, lavado de manos y demás protocolos aplicables a la atención domiciliaria. Identificación institucional: Se portó de manera visible la identificación institucional asignada durante la ejecución de las actividades contratadas. Cumplimiento de programación asistencial: Se desarrollaron las actividades conforme a la programación establecida por el Programa de Hospitalización Domiciliaria, garantizando oportunidad y continuidad en la atención. Sensibilización sobre derechos y deberes: Se realizó sensibilización a los pacientes y cuidadores respecto a sus derechos y deberes dentro del sistema de salud y del programa domiciliario. Visitas domiciliarias: Se efectuaron visitas domiciliarias para la asistencia y ejecución del plan de tratamiento designado por el médico del PHD. Transporte e insumos: Se garantizó que el vehículo (moto) contara con maletero o alforjas para el transporte seguro de los insumos requeridos para el programa.

1	Documentación del vehículo: Se manifestó por escrito la propiedad del vehículo y/o autorización correspondiente para el transporte, manteniendo la documentación completa y vigente (licencia de conducción, certificado médico, documentos de propiedad, revisión técnico-mecánica/gases, SOAT y demás exigidos por la normatividad). Elementos de seguridad vial: Se contó con los implementos de seguridad y protección personal exigidos por la norma (casco, chaleco reflectivo, rodilleras y canilleras). Responsabilidad sobre el vehículo: Se asumió la responsabilidad del mantenimiento preventivo, correctivo y suministro de combustible del vehículo utilizado para el desarrollo de las actividades. Cumplimiento de normas de tránsito: Se cumplió con las normas de tránsito y transporte vigentes en el país, aplicando principios de manejo preventivo. Capacitación y fortalecimiento de competencias: Se participó activamente en cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred, fortaleciendo competencias técnicas y asistenciales. Confidencialidad de la información: Se garantizó la reserva y confidencialidad de los datos e información manejados en los aplicativos institucionales. Sistema de Gestión y Calidad: Se participó en el desarrollo e implementación de las políticas institucionales, Sistema Integrado de Gestión, procesos de acreditación y seguridad del paciente, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Acciones de mejora: Se participó en análisis convocados por la institución e implementación de acciones de mejora definidas para el servicio. Reporte de eventos: Se reportaron oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a la normatividad vigente. Comunicación con supervisión: Se informó al supervisor cualquier novedad que pudiera afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y se dio cumplimiento oportuno a recomendaciones, actas de compromiso y solicitudes de la supervisión y Oficina de Garantía de Calidad. Seguridad social: Se acreditó el pago oportuno de los aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales durante la vigencia del contrato. Cumplimiento institucional: Se dio cumplimiento a las obligaciones conforme a la demanda del servicio en los centros de salud y hospitales de la Subred, manteniendo adecuada presentación personal y porte visible de los elementos institucionales. Otras actividades asignadas: Se desarrollaron las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato conforme a las necesidades del servicio 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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1079686870	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/02/16	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/16	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/16	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ* *PS_1647_2026_C0ADD9* **HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ** **CC: 1013625007**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1647_2026_C0ADD9* **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_1647_2026_C0ADD9* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-16, 11:41:32 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079686870

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823902171

PAGADO 16/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ		
Documento	CC1013625007	**Dirección**	CL 106 SUR #7 - 43
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3152872246
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013625007	HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 4.700	$ 546.500

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.