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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ**			**CC:**	**80120397**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDRESDEC13@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3206398855**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 SUR 13 B 37**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488441856678**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3613 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 93.103**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/03/27**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/30 AL 2026/03/31**				

MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ
PS_3613_2026_243F7F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ
CC: 80120397
CEL: 3206398855

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			
MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ			
	CON C.C N°	**80.120.397**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II 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 3613 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/03/27**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.051.717	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.051.717	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 93.103
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CINCO (05) DIAS		
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. ORIENTAR AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE LAS RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO, NECESARIAS PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO CLÍNICO, CONFORME A LAS INDICACIONES DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD).2. REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN DIRIGIDAS AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO BÁSICO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN EN EL PHD, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES. 3. APOYAR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEL PHD, CONFORME A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, DENTRO DEL ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL. 4. INFORMAR EL DESARROLLO Y LOCALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, A TRAVÉS DE LOS MECANISMOS DEFINIDOS POR EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, CON FINES DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO. 5. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS Y DEMÁS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES APLICABLES A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. 6. PORTAR LA IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL ASIGNADA, ÚNICAMENTE PARA EFECTOS DE IDENTIFICACIÓN DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS, SIN QUE ELLO IMPLIQUE RELACIÓN LABORAL O SUBORDINACIÓN. 7. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CONFORME A LA PROGRAMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DEL SERVICIO. 8.REALIZAR SENSIBILIZACIÓN A PACIENTES SOBRE DERECHOS Y DEBERES. 9. REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS PARA LA ASISTENCIA AL PLAN DE TRATAMIENTO DESIGNADO POR EL MÉDICO DEL PHD (PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA). 10. GARANTIZAR QUE LA MOTO CUENTE CON MALETERO O ALFORJAS PARA EL TRANSPORTE DE LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. 11. EL CONTRATISTA DEBERÁ MANIFESTAR MEDIANTE ESCRITO LA PROPIEDAD DEL VEHÍCULO (MOTO) Y/O LA AUTORIZACIÓN DEL PROPIETARIO PARA DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL TRANSPORTE DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. 12. DEBERÁ DISPONER DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS EN REGLA (CERTIFICADO MÉDICO PARA CONDUCIR. LICENCIA, DOCUMENTOS DE PROPIEDAD DE LA MOTO, CERTIFICADO DE GASES. SOAT. _1C). 13. DEBERÁ CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN COMO CASCO Y CHALECO REFLECTIVO, RODILLERAS Y CANILLERAS, DE ACUERDO CON LA NORMA. 14. EL CONTRATISTA ES RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA MOTO Y EL COMBUSTIBLE DE LA MISMA. 15.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD, SEGÚN LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN MATERIA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE EN EL PAÍS, TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE MANEJO PREVENTIVO. 16. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVÉS DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.17. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. 18. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. 19. PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 20.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 21. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 22. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE

1	GARANTÍA DE CALIDAD. 23. ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR. 24. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN 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. 25. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 26. DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS 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 (2026-03-30) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ* *PS_3613_2026_243F7F* **MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ** **CC: 80120397**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_3613_2026_243F7F* **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_3613_2026_243F7F* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ identificado(a) con CC. 80120397 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2014/04/25**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 19 días del mes de 03 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.120.397**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL

Medellin, 30 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ** con documento de identidad **C80120397**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **NP MEDICAL IPS SAS** con NIT **N900413988**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-12-05	3000-12-31	DEPENDIENTE	NP BOGOTA RIESGO 3	0000000005	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **19/03/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **80120397**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488441856678**
Fecha de apertura	**17/10/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA