

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ			CC:	80120397
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREDEC13@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					
N° DEL CONTRATO:	PS 3613 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.793.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/27	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				
 MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ PS_3613_2026_E3C133 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ CC: 80120397 CEL: 3206398855					

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:	\$2.793.100
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CINCO (05) DIAS
---	---------------------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
------------------------	-----------------------------

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)
------	---

	. 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8824100863	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/30	\$ 29.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/30	\$ 37.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/30	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 66.600

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ PS_3613_2026_E3C133 MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ CC: 80120397
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3613_2026_E3C133 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
PS_3613_2026_E3C133

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-30, 04:05:32 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1081646489 Referencia pago(PIN) 8824100863

Periodo Cotización 202603 Periodo Servicio 202603

Cliente:

PAGADA 2026-04-30

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MICHEL ANDRES DUARTE RAMIREZ						
Documento	CC 80120397			Dirección	CL 36 SUR #13 B - 37		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3206398855		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80120397		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					DUARTE RAMIREZ MICHEL ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales												
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF				
X															0	4	4	0	0				\$ 1.750.905	230301	16 %	\$ 233.454	\$ 37.400	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 233.454	\$ 29.200	\$ 0	NIN-AR			0,000 %	\$ 0	\$ 0	\$ 0	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 37.400	\$ 0	\$ 0	\$ 29.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	6.051.717,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	6.051.717,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	6.051.717,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ COMUNICACION SUPERVISOR PS 3613 2026 23-04-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3613 2026 23-04-2026.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 2.PS 3613 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2.PS 3613 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador Descargar Detalle

Documento del contrato cargado

Borrar

Cargar nuevo