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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRES FELIPE STERLING ALZATE**			**CC:**	**1013037004**
CORREO ELECTRÓNICO:	**pipejuan2831@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3244398022**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1 36 50**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**547742895**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2681 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.205.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

ANDRES FELIPE STERLING ALZATE
PS_2681_2026_91F677

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES FELIPE STERLING ALZATE
CC: 1013037004
CEL: 3244398022

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			
ANDRES FELIPE STERLING ALZATE			
	CON C.C N°	**1.013.037.004**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2681 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.114.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.205.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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	1.Se recibió y entregó turno informando pendientes y novedades de pacientes de los servicios asignados, trámites en gestión, así mismo se entregó inventario de elementos asignados; 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, condiciones de seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío y cuidado de su intimidad) 3. Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna y con las condiciones de bioseguridad y conservación adecuadas; 4. Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.); 5. Se trasladaron los equipos menores, velando por la integridad y seguridad de los mismos; 6. Se trasladaron insumos médico-quirúrgicos desde farmacia al servicio de acuerdo a la necesidad del servicio; 7. Se respondió por el inventario que se le había asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad; 8. Se realizó la limpieza y desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al Manual; 9. Se asumió de forma responsable y respetuosa la relación laboral con compañeros; 10. Se conservó, mantuvo y garantizó la reserva legal de la historia clínica; 11. Se asistió a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, conforme a sus actividades; 13. Se informaron daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes; 15. Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin, conservando el cuidado e integridad del paciente; 16. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura; 19. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando una atención humanizada y conservando el respeto por la dignidad humana; 20. Se participó en las actividades de código rojo, código azul, rutas de atención y demás atenciones donde se requirió; 21. Se cumplió con el protocolo de gestión de hemocomponentes de acuerdo a su perfil; 22. Se ejercieron las actividades asignadas de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio; 23. Se portó el carné de identificación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y se usó el uniforme establecido por la institución durante la ejecución de las actividades contractuales; 24. Se cumplió con el diligenciamiento y entrega oportuna de la hoja de ruta; 25. Se dio cumplimiento a guías y protocolos de prevención de infecciones y seguridad del paciente; 26. Se cumplió con protocolos institucionales donde se incluyó recibo y entrega de turno, traslado de paciente y sujeción terapéutica; 27. Se atendió el llamado.

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° 9501555316	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/13	$ 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	*ANDRES FELIPE STERLING ALZATE* *PS_2681_2026_91F677* **ANDRES FELIPE STERLING ALZATE** **CC: 1013037004**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON* *PS_2681_2026_91F677* **NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2681_2026_91F677* **NATALY DUQUE SALAZAR** **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 1013037004		STERLING ALZATE ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 1 n. 36-50	SOACHA-CUNDINAMARCA	3182101905	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	215852706	9501555316	I	2026/04/06	2026/04/13	NEQUI	7	$544,600

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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1013037004	STERLING ANDRES	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	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 1013037004		STERLING ALZATE ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 1 n. 36-50	SOACHA-CUNDINAMARCA	3182101905	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	215852706	9501555316	I	2026/04/06	2026/04/13	NEQUI	7	$544,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,400	$0	$281,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,400	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300	$0	$43,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$300	$0	$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,100	$0	$220,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$1,100	$0	$220,000
TOTAL				1	$541,800	$2,800	$0	$544,600

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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		
☐	1 PS 2681 2026 CRP -9997.pdf	1 PS 2681 2026 CRP -9997.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2681 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2681 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2681 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2681 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >