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: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA**			**CC:**	**79266080**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CARLOSTANGARIFE-@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3208346593**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 32 2 12**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488438958560**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1551 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA
PS_1551_2026_D35102

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA
CC: 79266080
CEL: 3208346593

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			
CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA			
	CON C.C N°	**79.266.080**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1551 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.761.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		

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	Se realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presentan. 4.Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a carga, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a carga y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna solicitudes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a carga. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de limpieza y desinfección manual con el personal a carga y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas.21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente ESE 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504027577	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/22	$ 224.700
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/05/22	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/22	$ 43.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 268.500

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	*CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA* *PS_1551_2026_D35102* **CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA** **CC: 79266080**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1551_2026_D35102* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1551_2026_D35102* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **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 79266080		TANGARIFE OSPINA CARLOS ARIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 No 31 B 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8071572	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	328620448	9504027577	I	2026/05/21	2026/05/22	BANCO DAVIVIENDA	1	$268,800

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)					$0	$0			$1,797,136	$224,700			$0	$0			$1,797,136	$43,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,797,136	$224,700			$0	$0			$1,797,136	$43,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,797,136	$224,700			$0	$0			$1,797,136	$43,800		$0	$0
1	CC	79266080 TANGARIFE CARLOS		0	$0	$0	EPS010	30	$1,797,136	$224,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,797,136	$43,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$0	$0			$1,797,136	$224,700			$0	$0			$1,797,136	$43,800		$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 79266080		TANGARIFE OSPINA CARLOS ARIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 No 31 B 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8071572	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	328620448	9504027577	I	2026/05/21	2026/05/22	BANCO DAVIVIENDA	1	$268,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,800	$100	$0	$43,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,800	$100	$0	$43,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,700	$200	$0	$224,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$224,700	$200	$0	$224,900
TOTAL				**1**	**$268,500**	**$300**	**$0**	**$268,800**

Plan de Pagos

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

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	19.761.800,00 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:	19.761.800,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	19.761.800,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1551 2026 CRP -8794.pdf	1 PS 1551 2026 CRP -8794.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1551 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1551 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1551 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1551 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1551 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1551 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Colpensiones

El futuro es de todos

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **CARLOS ARIEL TANGARIFE OSPINA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **79266080** y número de Afiliación **979266080100**, esta Administradora mediante resolución No. **29631** de **2023** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Febrero** de **2023.**

Que para la NOMINA de **Diciembre** de **2023** en la Entidad **13-BBVA COLOMBIA - 268-BOGOTA DC AV CR 140 148 7 LC 147 PLAZA IMPERIAL** No. de Cuenta **0,** al pensionado(a) **TANGARIFE OSPINA** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 2,592,171.00	SALUD SURA EPS	$ 259,300.00
TOTAL DEVENGADOS	**$ 2,592,171.00**	**TOTAL DEDUCIDOS**	**$ 259,300.00**
		NETO GIRADO	**$ 2,332,871.00**

Estado: **ACTIVO.**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 02 de enero de 2024.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de recibir el pago de la mesada pensional por ventanilla, el número de cuenta en este certificado se mostrará como cero (0).

SUB 29631
03 FEB 2023

IBL: 3,279,154 x 79.05 = $2,592,171.00

Para el análisis de la pensión reconocida, se tomó en cuenta que el(la) peticionario (a) cumple los requisitos para los siguientes tipos de pensión, siendo aplicada por favorabilidad el indicado en la columna "Aceptada Sistema":

Nombre	Fecha Status	Fecha Efectividad	VALOR IBL 1	VALOR IBL 2	Mejor IBL	% IBL	Valor Pensión Mensual 2023	Aceptada
1050 semanas progresivas, 55 o 60 años de edad Ley 797 del 2003- Legal	13 de diciembre de 2022	1 de enero de 2023	2,898,827.00	2,494,073.00	1	79.05	2,592,171.00	SI

Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DIAS
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	14296

El disfrute de la presente pensión será a partir de 1 de enero de 2023

Que es importante señalar que en caso de que usted desee obtener el detalle de la liquidación de la prestación económica reconocida a través de este acto administrativo, lo podrá solicitar a través de la Sede Electrónica de la Página WEB (www.colpensiones.gov.co) o en cualquiera de los Puntos de Atención de Colpensiones a nivel nacional. Este documento será recibido vía correo electrónico o a través de correspondencia Física según su preferencia.

Son disposiciones aplicables:. Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003 y C.P.A.C.A.

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer el pago de una pensión de VEJEZ a favor del(la) señor(a) **TANGARIFE OSPINA CARLOS ARIEL**, ya identificado(a), en los siguientes términos y cuantías:

Valor mesada a 1 de enero de 2023 = $2,592,171.00

LIQUIDACION RETROACTIVO	
CONCEPTO	VALOR
Mesadas	2,592,171.00
Mesadas Adicionales	0.00
F. Solidaridad Mesadas	0.00
F. Solidaridad Mesadas Adic	0.00
Descuentos en Salud	311,100.00
Ajustes en Salud	0.00
Pagos ya efectuados	0.00

SUB 29631
03 FEB 2023

Valor a Pagar	2,281,071.00

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación junto con el retroactivo si hay lugar a ello, será ingresada en la nómina del periodo 202302 que se paga el último día hábil del mismo mes en la central de pagos del banco BBVA COLOMBIA de BOGOTA DC AV CR 140 148 7 LC 147 PLAZA IMPERIAL.

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la Ley 100 de 1993 en EPS POR ASIGNAR.

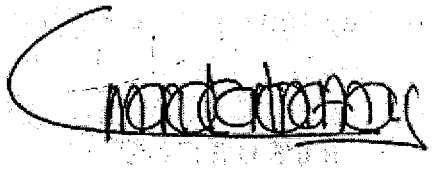
ARTÍCULO CUARTO: Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS
COLPENSIONES	14296

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al(a) Señor(a) **TANGARIFE OSPINA CARLOS ARIEL** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



INGRID CAROLINA ARIZA CRISTANCHO
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION III
COLPENSIONES

AURA MARCELA LOZANO MENDOZA
LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

COL-VEJ-03-501,1