

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VICTOR ANDRES ARENAS DAZA			CC:	1033768576
CORREO ELECTRÓNICO:	VICTOR09091994@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3142362537
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4H 52 88			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	086828410
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3290 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.200.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



VICTOR ANDRES ARENAS DAZA
PS_3290_2026_D3A09B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VICTOR ANDRES ARENAS DAZA
CC: 1033768576
CEL: 3142362537

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
VICTOR ANDRES ARENAS DAZA

CON C.C N°1.033.768.576

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 3290 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/19

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$8.284.440No. HORAS EJECUTADAS168

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$11.947.200VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.200.800

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:NATALY DUQUE SALAZAR

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 EJECUTARON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA FUNCIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA; 2. SE REALIZARON ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA Y DEMÁS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA); 3. SE NOTIFICARON INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A LOS PACIENTES A CARGO, AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE; 4. SE INFORMÓ A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MÉDICO TRATANTE SOBRE LOS CAMBIOS EN EL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA; 5. SE REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS, CONOCIENDO SU EVOLUCIÓN DIARIA Y PLAN DE MANEJO PARA EJECUTAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRAL PLANTEADO POR LA ENFERMERA; 6. SE DILIGENCIARON LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES REALIZADAS; 7. SE CUMPLIERON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES; 8. SE RESPONDIÓ POR LOS INVENTARIOS, REALIZANDO CONTROL, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, ASÍ COMO EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O ÁREA DONDE SE DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES; 9. SE OFRECIÓ TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, BRINDANDO ATENCIÓN HUMANIZADA Y RESPETANDO LA DIGNIDAD HUMANA SEGÚN LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN; 10. SE MANTUVO LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN; 11. SE REALIZARON ASESORÍAS PRETEST Y PRUEBAS RÁPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES SEGÚN SOLICITUDES, GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA; 15. SE PORTÓ EL CARNÉ INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES; 16. SE SOLICITÓ, ALISTÓ, ENTREGÓ, CUSTODIÓ Y RETORNÓ, CON EL RESPECTIVO PROCESO DE LIMPIEZA, EL INSTRUMENTAL SEGÚN EL ÁREA CORRESPONDIENTE, TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN INSTITUCIONAL; 18. SE CUMPLIERON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, INCLUYENDO APOYO E INSTRUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA; 19. SE REALIZÓ LA RECEPCIÓN, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA Y FORMATOS FÍSICOS QUE HACEN PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA AL ARCHIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, EFECTUANDO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE; 20. SE APOYARON ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.; 21. SE ORGANIZÓ EL SERVICIO Y SE REALIZÓ EL ALISTAMIENTO DE ÁREAS CON LA DOTACIÓN NECESARIA, MANTENIÉNDOLAS ORDENADAS PARA FACILITAR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO; 23. SE VELÓ POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO; 25. SE DILIGENCIARON DE FORMA ADECUADA LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA EL CONTROL DEL SERVICIO, TALES COMO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD DEL CARRO DE PARO, TEMPERATURA DE LAS NEVERAS Y DEL SERVICIO O ÁREA; 26. SE DIO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES EN CUANTO AL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS; 27. SE ASISTIÓ A JORNADAS DE CAPACITACIÓN, REUNIONES Y EVENTOS PRESENTADOS EN EL SERVICIO Y EN

1	LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES; 28. SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA REVISIÓN MENSUAL DEL CARRO DE PARO; 29. SE REALIZÓ REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS PACIENTES A CARGO; 30. SE REALIZÓ LA SOLICITUD Y EL RESPECTIVO DESCARGUE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES, ASÍ COMO LA DEVOLUCIÓN DE LOS INSUMOS SOLICITADOS Y NO UTILIZADOS; 31. SE BRINDÓ EDUCACIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CUIDADORES RESPECTO AL CUIDADO GENERAL Y NORMAS INSTITUCIONALES; 32. SE CUMPLIÓ CON LOS PROTOCOLOS Y DEMÁS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES APLICABLES A LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, INCLUYENDO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, PREVENCIÓN DE CAÍDAS, PREVENCIÓN DE LESIONES DE PIEL Y DEMÁS ESTABLECIDOS.
---	---

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89373229	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 VICTOR ANDRES ARENAS DAZA PS_3290_2026_D3A09B VICTOR ANDRES ARENAS DAZA CC: 1033768576
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON PS_3290_2026_D3A09B 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_3290_2026_D3A09B

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033768576	VICTOR ANDRES ARENAS DAZA		krr 4 h No 52 - 88	3142362637	victor09091994@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89373229	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033768576	VICTOR ANDRES ARENAS DAZA		krr 4 h No 52 - 88	3142362637	victor09091994@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89373229	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	UPP	VGP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1033768576	ARENAS DAZA VICTOR ANDRES	59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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		
☐	PS_3290_2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS_3290_2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3290_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS_3290_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3290_2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS_3290_2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>