

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR ARBEY POVEDA TORRES			CC:	1023032966
CORREO ELECTRÓNICO:	OSCARPOVEDATORRES@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3202801608
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8D 74B 06 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	176313609
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2080 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.723.720	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 OSCAR ARBEY POVEDA TORRES PS_2080_2026_C6B442 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR ARBEY POVEDA TORRES CC: 1023032966 CEL: 3202801608					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OSCAR ARBEY POVEDA TORRES

CON C.C N° 1.023.032.966

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2080 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.618.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.723.720
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL
---	------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
------------------------	-----------------------

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.PRESTAR SUS SERVICIO DE APOYO EN FORMA PERSONAL Y AUTONOMA COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y EN LOS TURNOS PACTADOS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD SEGUN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCION Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCION RELACIONADA CON SU PROFESION SEGUN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SUJETANDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION, ACOGIENDOSE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED.
2	2.REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A SU COMPETENCIA, COMO LO SON CITOLOGIAS, CONSULTAS DE PLANIFICACION, COLOCACION Y RETIRO DE IMPLANTES SUBDERMICOS Y DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y ASESORIA PRE Y POST TEST DE ITS.
3	3.REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDADES DEL SERVICIO, ASI COMO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA
4	4.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	5.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE LA ENTIDAD.
6	6. APOYAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGIAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGUN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DEL MIAS.
7	7. APOYAR EL PROCESO DE GESTION DE FUENTES DE INFORMACION Y BASES DE DATOS RELACIONADAS CON LAS COHORTES DE SEGUIMIENTO.
8	8. REALIZAR CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, ASI COMO DETECCION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, DETECCION DE VIH, VPH, HEPTATITIS B Y SIFILIS.
9	9. APOYAR DURANTE EL TRAMITE DE EGRESO DEL PACIENTE EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y/O DOCUMENTACION IMPORTANTE DE SALUD (RESULTADOS DE LABORATORIO, ORDENES MEDICAS, FORMULAS Y OTROS); PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, CITA(S) POR ESPECIALISTA(S) Y TERAPIA(S) QUE SE ENCUENTRE(N) EN TRAMITE. DILIGENCIANDO EL FORMATO CORRESPONDIENTE.
10	10. REALIZAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES CON SU CORRESPONDIENTE REGISTRO EN LAS RESPECTIVAS CARPETA.
11	11. APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCION, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGIA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRONICOS, ENTRE OTROS; CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL, INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL.
12	12. ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA. SEGUN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO.

13	13. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE.
14	14. REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE.
15	15. MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO.
16	16. REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD.
17	17. CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES.
18	18. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES.
19	19. CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
20	20. ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.
21	21. REALIZAR LA DESINFECCION RUTINARIA Y TERMINAL DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.
22	22. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.
23	23. IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE.
24	24. MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.
25	25. APOYAR EN EL AGENDAMIENTO DE LOS PACIENTES EN CASO DE SER REQUERIDO.
26	26. APOYAR EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN CASO DE SER ASIGNADO EN LOS CENTROS DE RECLUSION A CARGO DE LA SUBRED, REALIZANDO LA PROGRAMACION DE VISITAS Y REALIZANDO LOS CENSOS PERTINENTES. 26. APOYAR DURANTE EL TRAMITE DE EGRESO DEL PACIENTE EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y/O DOCUMENTACION IMPORTANTE DE SALUD (RESULTADOS DE LABORATORIO, ORDENES MEDICAS, FORMULAS Y OTROS); PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, CITA(S) POR ESPECIALISTA(S) Y TERAPIA(S) QUE SE ENCUENTRE(N) EN TRAMITE.
27	27. REALIZAR RONDAS EN BUSQUEDA DE NOVEDADES DE SALUD DE LOS PACIENTES A CARGO, DANDO ESPECIAL ENFASIS A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTREN SEGREGADOS POR MOTIVOS DE SALUD, REALIZANDO TRIAGE EN CASO DE SER NECESARIO.
28	28. REALIZAR MENSUALMENTE LA ACTIVIDAD DE TAMIZAJE A LOS PACIENTES CRONICOS, EN LAS QUE SE TOMEN SIGNOS VITALES, PESO, TALLA Y CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL Y SE REVISE DIETA. ASI MISMO EDUCAR EN HABITOS SALUDABLES Y EN LA REALIZACION DE EJERCICIO FISICO ADECUADO PARA CADA PERSONA Y DE MANERA CONSTANTE.
29	29. REALIZAR LOS INFORMES REQUERIDOS PARA LA JUSTIFICACION DE LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD DE SALUD.
30	30. TENER LA DISPOSICION DE DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
31	31. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.

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° 85736123	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/10	\$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100
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	 OSCAR ARBEY POVEDA TORRES PS_2080_2026_C6B442 OSCAR ARBEY POVEDA TORRES CC: 1023032966		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GUILLERMO RUBIO GUIZA PS_2080_2026_C6B442 GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO		