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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ**			**CC:**	**79563390**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MIGUELR_71@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132497638**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 72K 36B 25 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0126449297**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3917 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.436.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/29**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ
PS_3917_2026_82256C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ
CC: 79563390
CEL: 3132497638

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			
MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ			
	CON C.C N°	**79.563.390**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO 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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3917 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/29**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.731.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.166.900	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.436.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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. Ejecución de actividades propias del perfil profesional de enfermería: Se ejecutaron las actividades correspondientes al perfil profesional de enfermería, conforme a las funciones asignadas y necesidades del servicio.
2	2. Recepción y entrega de turno: Se realizó la recepción y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional establecido, garantizando la continuidad en la atención de los pacientes.
3	3. Plan de cuidado diario de enfermería: Se elaboró y ejecutó el plan de cuidado diario de enfermería, realizando seguimiento y evaluación según diagnósticos y necesidades identificadas en los pacientes.
4	4. Verificación de medidas preventivas y seguridad del paciente: Se verificaron las medidas preventivas orientadas a minimizar eventos adversos, identificando riesgos y garantizando la seguridad del paciente, con el respectivo reporte de novedades presentadas.
5	5. Administración y registro de medicamentos: Se administraron y registraron oportunamente los medicamentos, verificando el cuidado directo de los pacientes conforme a protocolos y guías institucionales.
6	6. Supervisión del personal auxiliar y camilleros: Se supervisaron las actividades desarrolladas por el personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando el cumplimiento de procedimientos y registros de enfermería.
7	7. Actualización de Kardex y tarjetas de medicamentos: Se realizó la actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional establecido.
8	8. Control de suministros e insumos: Se efectuó el control de suministros, medicamentos e insumos correspondientes a los pacientes del servicio, garantizando su disponibilidad y adecuado manejo.
9	9. Devolución de medicamentos e insumos: Se realizaron las devoluciones correspondientes al servicio de farmacia de medicamentos e insumos de pacientes, previo egreso o cuando fue requerido.
10	10. Participación en revista médica diaria: Se participó activamente en la revista médica diaria, aportando información relevante para el seguimiento y manejo de los pacientes.
11	11. Asignación de pacientes al personal auxiliar: Se realizó la asignación de pacientes al personal auxiliar de enfermería, teniendo en cuenta el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio.
12	12. Manejo de inventarios y equipos: Se respondió por el inventario, conservación y uso adecuado de equipos, elementos e insumos asignados al servicio.
13	13. Asignación de camas en sistema de información: Se efectuó la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información institucional.
14	14. Gestión y traslado de pacientes: Se gestionaron y realizaron traslados de pacientes entre servicios de acuerdo con las necesidades institucionales, optimizando el giro de cama.
15	15. Trámite de exámenes y remisiones: Se tramitaron oportunamente exámenes de laboratorio, radiología, procedimientos especiales y remisiones requeridas por los pacientes a cargo.
16	16. Cumplimiento de normatividad de historia clínica: Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual institucional para el manejo de historias clínicas.
17	17. Cumplimiento de normas de bioseguridad y presentación personal: Se cumplió con las normas y protocolos institucionales relacionados con el uso de uniforme y elementos de protección personal en las áreas asignadas.
18	18. Verificación del carro de paro: Se realizó verificación y seguimiento al protocolo del carro de paro, incluyendo revisión de secuencia, candados de seguridad, registros, temperatura y descarga del desfibrilador.

19	19. Porte de carnet institucional: Se portó el carnet institucional durante la ejecución de las actividades contractuales, conforme a los lineamientos establecidos.
20	20. Apoyo en procesos de inducción: Se participó activamente en el proceso de inducción del personal nuevo, brindando acompañamiento y orientación en las actividades del servicio.
21	21. Supervisión de limpieza y desinfección: Se verificó, ejecutó y supervisó el cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección con el personal a cargo, realizando los registros correspondientes.
22	22. Ejercicio profesional conforme a normatividad institucional: Se desarrollaron las actividades propias de la profesión de enfermería conforme a normas y reglamentos institucionales vigentes.
23	23. Apoyo a procesos de acreditación y habilitación: Se brindó apoyo a las actividades relacionadas con los procesos de acreditación y habilitación institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
24	24. Participación en elaboración de protocolos y guías: Se participó en la elaboración y actualización de protocolos, manuales y guías del servicio, de acuerdo con las necesidades institucionales.
25	25. Registro en historia clínica: Se realizaron los registros correspondientes de atención en la historia clínica del sistema de información institucional y en formatos físicos cuando fue necesario por contingencia.
26	26. Educación al paciente y cuidadores: Se brindó educación e información a pacientes y cuidadores sobre cuidados generales y cumplimiento de normas institucionales.
27	27. Cumplimiento de protocolos institucionales: Se dio cumplimiento a los protocolos y lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de las actividades contractuales.
28	28. Participación en capacitaciones y reuniones: Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos programados por el servicio y la institución, relacionados con las actividades contractuales.

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° 1082357370-1083195294	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/02	$ 221.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/02	$ 284.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/02	$ 43.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 549.200

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

MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ
PS_3917_2026_82256C
MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ
CC: 79563390

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_3917_2026_82256C* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_3917_2026_82256C* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-23, 09:18:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082357370

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824073880

PAGADO 23/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ		
Documento	CC79563390	**Dirección**	CRA 118 N 89 B 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3132497638
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79563390	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-02, 10:06:11 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1083195294

Nro Planilla Corregida: 1082357370 **Periodo Cotización:** mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824223097

PAGADO 02/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ		
Documento	CC79563390	**Dirección**	CRA 118 N 89 B 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3132497638
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79563390	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ	59	00									A								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800
CC 79563390	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ	59	00									C								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.774.440	$ 284.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.774.440	$ 221.900	2,436	$ 1.774.440	$ 43.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 549.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 23.535	$ 23.535	$ 23.535	$ 0	$ 3.800	$ 3.000	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.400	$ 300	$ 7.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

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 3917 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo