

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ			CC:	1022926737
CORREO ELECTRÓNICO:	ANCATAFE01@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3227184571
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 100A 28 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	161643341
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1646 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		S 2.793.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ PS_1646_2026_55E864 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ CC: 1022926737 CEL: 3227184571					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

CON C.C N° 1.022.926.737

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1646 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.172.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.572.393	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.793.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

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)
	ORIENTAR AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE LAS RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO, NECESARIAS PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO CLINICO, CONFORME A LAS INDICACIONES DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).2. REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACION DIRIGIDAS AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO BASICO DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCION EN EL PHD, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES. 3. APOYAR LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR EL MEDICO TRATANTE DEL PHD, CONFORME A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, DENTRO DEL ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL. 4. INFORMAR EL DESARROLLO Y LOCALIZACION DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, A TRAVES DE LOS MECANISMOS DEFINIDOS POR EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, CON FINES DE COORDINACION Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO. 5. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS Y DEMAS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES APLICABLES A LA ATENCION DOMICILIARIA. 6. PORTAR LA IDENTIFICACION INSTITUCIONAL ASIGNADA, UNICAMENTE PARA EFECTOS DE IDENTIFICACION DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS, SIN QUE ELLO IMPLIQUE RELACION LABORAL O SUBORDINACION. 7. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CONFORME A LA PROGRAMACION GENERAL DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DEL SERVICIO. 8.REALIZAR SENSIBILIZACION A PACIENTES SOBRE DERECHOS Y DEBERES. 9. REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS PARA LA ASISTENCIA AL PLAN DE TRATAMIENTO DESIGNADO POR EL MEDICO DEL PHD (PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA). 10. GARANTIZAR QUE LA MOTO CUENTE CON MALETERO O ALFORJAS PARA EL TRANSPORTE DE LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA. 11. EL CONTRATISTA DEBERA MANIFESTAR MEDIANTE ESCRITO LA PROPIEDAD DEL VEHICULO (MOTO) Y/O LA AUTORIZACION DEL PROPIETARIO PARA DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS EN EL TRANSPORTE DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA. 12. DEBERA DISPONER DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS EN REGLA (CERTIFICADO MEDICO PARA CONDUCIR. LICENCIA, DOCUMENTOS DE PROPIEDAD DE LA MOTO, CERTIFICADO DE GASES. SOAT. _1C). 13. DEBERA CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCION COMO CASCO Y CHALECO REFLECTIVO, RODILLERAS Y CANILLERAS, DE ACUERDO CON LA NORMA. 14. EL CONTRATISTA ES RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA MOTO Y EL COMBUSTIBLE DE LA MISMA. 15.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD, SEGUN LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS EN MATERIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL PAIS, TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE MANEJO PREVENTIVO. 16. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.17. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. 18. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, ACREDITACION, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMAS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD. 19. PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 20.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 21. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 22. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD. 23. ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD

1	SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR. 24. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 25. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA		
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° 1082106174	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/17	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/17	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/17	\$ 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		ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ PS_1646_2026_55E864 ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ CC: 1022926737	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1646_2026_55E864 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO	

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

PS_1646_2026_55E864

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO