

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR ALFONSO GARCIA GÓMEZ			CC:	80741143
CORREO ELECTRÓNICO:	oscar1981207@gmail.com			TELÉFONO:	3057136724
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 65 59 34 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	456800084778
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3297 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.102.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
<div><div>OSCAR ALFONSO GARCIA GÓMEZ PS_3297_2026_EB4BA4</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR ALFONSO GARCIA GÓMEZ CC: 80741143 CEL: 3057136724</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 OSCAR ALFONSO GARCIA GÓMEZ

CON C.C N° 80.741.143

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 3297 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/20
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.082.740	No. HORAS EJECUTADAS	172
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.020.350	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.102.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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. Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función del perfil profesional de enfermería; 2. Se recibió y entregó turno de acuerdo con el protocolo institucional; 3. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo con el diagnóstico y necesidades identificadas; 4. Se verificaron las medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos presentados; 5. Se administraron y registraron los medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo de los pacientes de acuerdo con los protocolos y guías establecidas; 6. Se supervisaron las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando la realización de los procedimientos y el cumplimiento de los registros de enfermería; 7. Se realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional; 8. Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio; 9. Se realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando se requirió; 10. Se participó en forma activa en la revista médica diaria, realizando los aportes correspondientes; 11. Se realizó la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo con el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio; 12. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio; 13. Se realizó la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información; 14. Se gestionó y realizó el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo con la necesidad, a fin de optimizar el giro cama; 14. Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones requeridas por los pacientes a cargo; 15. Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred; 16. 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; 17. Se dio cumplimiento al protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, incluyendo el registro de temperatura y descarga del desfibrilador; 18. Se portó el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales; 19. Se hizo parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo; 20. Se realizó la verificación, ejecución y supervisión del protocolo de limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro; 21. Se ejercieron las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales; 25. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 27. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio; 30. Se realizaron los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información establecido en la Subred o en formatos físicos cuando se utilizó medio de contingencia; 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; 33. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9506886264	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/27	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/27	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/27	\$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><i>OSCAR ALFONSO GARCIA GÓMEZ</i> <i>PS_3297_2026_EB4BA4</i></div> <div>OSCAR ALFONSO GARCIA GÓMEZ</div> <div>CC: 80741143</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><i>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</i> <i>PS_3297_2026_EB4BA4</i></div> <div>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><i>NATALY DUQUE SALAZAR</i> <i>PS_3297_2026_EB4BA4</i></div> <div>NATALY DUQUE SALAZAR</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 80741143		GARCIA GOMEZ OSCAR ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 65 # 59 sur-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	514508071	9506886264	I	2026/07/10	2026/07/27	NEQUI	17	\$548,700

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)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	80741143	GARCIA OSCAR	230301	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$ 1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$ 1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80741143		GARCIA GOMEZ OSCAR ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 65 # 59 sur-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	514508071		9506886264	I	2026/07/10	2026/07/27	NEQUI	\$548,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$3,500	\$0	\$283,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$3,500	\$0	\$283,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$600	\$0	\$43,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$600	\$0	\$43,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,800	\$0	\$221,700	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$2,800	\$0	\$221,700	
TOTAL				1	\$541,800	\$6,900	\$0	\$548,700	



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 14:53:35

Oscar García



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](#)

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? ☐ SI ☒ 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
☐	1 PS 3297 2026 CRP -12051.pdf	1 PS 3297 2026 CRP -12051.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	2 PS 3297 2026 CRP -17250.PDF	2 PS 3297 2026 CRP -17250.PDF	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3297 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>