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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ALISSON JULIETH DIAZ LANCHEROS**			**CC:**	**1016105837**
CORREO ELECTRÓNICO:	**AD137304@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3028479430**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78 11C 58**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488442934896**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1648 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.620.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

ALISSON JULIETH DIAZ LANCHEROS
PS_1648_2026_58CED4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALISSON JULIETH DIAZ LANCHEROS
CC: 1016105837
CEL: 3028479430

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			
ALISSON JULIETH DIAZ LANCHEROS			
	CON C.C N°	**1.016.105.837**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1648 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**200**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.156.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.620.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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.EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA CALIDAD DE LA ATENCION Y LA PREVENCION DE ACCIONES INSEGURAS DURANTE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA. 2. REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS PARA CONOCER SU DIAGNOSTICO, EVOLUCION Y TRATAMIENTO, APOYANDO LA EJECUCION DEL PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERIA. 3. PREPARAR, ORIENTAR Y ALISTAR A LOS PACIENTES PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE CARDIOLOGIA COMO ELECTROCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, REALIZAR LA TOMA, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, MEDICIONES DE CONTROL Y OBSERVACIONES CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE VAN PARA PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAMAS STRESS DOBUTAMINA, EJERCICIO, ECOCARDIOGRAMAS TRANSESOFAGICOS Y PRUEBAS DE ESFUERZO INFORMANDO OPORTUNAMENTE CUALQUIER ALTERACION AL MEDICO Y A LA ENFERMERA JEFE, ASEGURANDO LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. 4. ASISTIR AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y AL EQUIPO DE CARDIOLOGIA DURANTE LA EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS, SUMINISTRANDO EL MATERIAL REQUERIDO, GARANTIZANDO CONDICIONES DE ASEPSIA Y VERIFICANDO EL FUNCIONAMIENTO BASICO DE LOS EQUIPOS. 5. COLOCAR, RETIRAR Y VERIFICAR LA ADECUADA ADAPTACION DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO CARDIOLOGICO COMO ELECTRODOS DE ECG, TENSIOMETROS AUTOMATICOS, HOLTER Y MAPA, DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. 6. BRINDAR ORIENTACION BASICA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA, SEGUN INDICACIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL, SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, CUIDADOS INMEDIATOS, RESTRICCIONES, ENTREGA DE DISPOSITIVOS Y RECOMENDACIONES GENERALES. 7. APOYAR LA MOVILIZACION, TRASLADO Y POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS, GARANTIZANDO CONFORT, SEGURIDAD Y PREVENCION DE RIESGOS. 8. MANTENER LIMPIAS, ORDENADAS Y ADECUADAMENTE DOTADAS LAS AREAS DE ATENCION CARDIOLOGICA Y LA UNIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL TURNO. 9. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION OPORTUNA DE CAMILLAS Y AREAS DISPONIBLES, Y APOYAR LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA LA ASIGNACION DE PACIENTES. 10. SOLICITAR, ALISTAR, CUSTODIAR, ENTREGAR Y RETORNAR EQUIPOS DEL SERVICIO, ASEGURANDO LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION SEGUN EL MANUAL INSTITUCIONAL. 11. RESPONDER POR EL CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS ASIGNADOS AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA, ASI COMO POR EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA. 12. ACOMPAÑAR AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA REVISION DEL CARRO DE PARO, VERIFICANDO SECUENCIA, CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS, TEMPERATURA, DESCARGA Y FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR, CONFORME AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 13. DILIGENCIAR DE FORMA COMPLETA, CLARA Y OPORTUNA LOS REGISTROS CLINICOS, ADMINISTRATIVOS Y ESTADISTICOS DERIVADOS DE LA ATENCION, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 14. GARANTIZAR LA ORGANIZACION, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLINICAS DE CONTINGENCIA Y FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, DEJANDO LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES. 15. IDENTIFICAR, NOTIFICAR Y REPORTAR INMEDIATAMENTE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS O ACCIONES INSEGURAS AL MEDICO DE TURNO, ENFERMERO JEFE Y A TRAVES DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE REPORTE. 16. CUMPLIR ESTRICTAMENTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, MANEJO DE RESIDUOS Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 17. BRINDAR UNA ATENCION HUMANIZADA, CON TRATO CALIDO, RESPETUOSO Y DIGNO AL PACIENTE Y SU FAMILIA, DE ACUERDO CON LA POLITICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACION. 18. MANTENER LA

1	RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y AL MANUAL INSTITUCIONAL DE HISTORIA CLINICA. 19. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL Y EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA, CUMPLIENDO LAS NORMAS DE PRESENTACION PERSONAL Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. 20. APLICAR, ACATAR Y CUMPLIR LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS, PROTOCOLOS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA INSTITUCION Y EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA. 21. PARTICIPAR Y TENER DISPOSICION PARA ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES, JORNADAS Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION Y EL SERVICIO. 22. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA. 23. ACTUALIZAR BASES DE DATOS, APOYAR LA ELABORACION DE INFORMES Y REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO, SEGUN LOS LINEAMIENTOS Y TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED. 24. CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508347263	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/11	$ 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	*ALISSON JULIETH DIAZ LANCHEROS* *PS_1648_2026_58CED4* **ALISSON JULIETH DIAZ LANCHEROS** **CC: 1016105837**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1648_2026_58CED4* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_1648_2026_58CED4* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016105837		Alisson Diaz	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 78 #11C-58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3028479430	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	641302209	9509955938	I	2026/09/09	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	1	$542,400

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: BOGOTA Depto: BOGOTA 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	1016105837	DIAZ ALISSON	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016105837		Alisson Diaz	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 78 #11C-58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3028479430	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	641302209	9509955938	I	2026/09/09	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	1	$542,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$300					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$600	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,500
$280,500
$42,800
$42,800
$219,100
$219,100
$542,400