

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN CARLOS CRISTANCHO SAENZ			CC:	79811375
CORREO ELECTRÓNICO:	JUANCRISTANCHO81@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3107590720
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 94 83 50 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488450789596
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2640 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.293.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>JUAN CARLOS CRISTANCHO SAENZ PS_2640_2026_E210A9</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS CRISTANCHO SAENZ CC: 79811375 CEL: 3107590720</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN CARLOS CRISTANCHO SAENZ

CON C.C N°79.811.375

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 2640 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$17.744.400No. HORAS EJECUTADAS180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$30.694.950VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.293.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSIETE (7) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:NATALY DUQUE SALAZAR

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.Se realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4.Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación

1	de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de manual limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.
---	---

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:	Nº 9508720753 - 9510245056	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/12	\$ 229.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	\$ 293.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	\$ 44.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 567.800

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



JUAN CARLOS CRISTANCHO SAENZ
PS_2640_2026_E210A9

JUAN CARLOS CRISTANCHO SAENZ
CC: 79811375

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ
PS_2640_2026_E210A9

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_2640_2026_E210A9

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79811375		CRISTANCHO SAENZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 94 # 83 50 sur bossa san bernardi	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7039131	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	08720753	9508720753	I	2026/08/20	2026/08/12	BANCO AV VILLAS	0	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	79811375	CRISTANCHO JUAN	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	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		



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 79811375		CRISTANCHO SAENZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 94 # 83 50 sur' bossa san bernardi	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7039131	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	08720753	9508720753	I	2026/08/20	2026/08/12	BANCO AV VILLAS	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0						\$0
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0						\$0
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Resumen General de Pago

MONTO A PAGAR
\$280,200
\$280,200
\$42,700
\$42,700
\$218,900
\$218,900
\$541,800



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79811375		CRISTANCHO SAENZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 94 # 83 50 sur bossa san bernardi	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7039131	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	1000000452	9510245056	N	2026/08/20	2026/08/27	BANCO DE BOGOTA	7	\$26,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$84,095	\$13,400			\$84,095	\$10,500			\$0	\$0			\$84,095	\$2,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$84,095	\$13,400			\$84,095	\$10,500			\$0	\$0			\$84,095	\$2,100		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$84,095	\$13,400			\$84,095	\$10,500			\$0	\$0			\$84,095	\$2,100		\$0	\$0	
1	CC 79811375	CRISTANCHO JUAN	25-14	30	(\$1,750,905)	(\$280,200)	EP5008	30	(\$1,750,905)	(\$218,900)		0	\$0	\$0	14-11	30	(\$1,750,905)	(\$42,700)	0	\$0	\$0	
2	CC 79811375	CRISTANCHO JUAN	25-14	30	\$1,835,000	\$293,600	EP5008	30	\$1,835,000	\$229,400		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,835,000	\$44,800	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$84,095	\$13,400			\$84,095	\$10,500			\$0	\$0			\$84,095	\$2,100		\$0	\$0	



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 79811375		CRISTANCHO SAENZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 94 # 83 50 sur bossa san bernardi	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7039131	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	1000000452	9510245056	N	2026/08/20	2026/08/27	BANCO DE BOGOTA	7	\$26,300

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	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,400	\$100						\$0
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$13,400	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,100	\$100						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$2,100	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$100						\$0
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$10,500	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$26,000	\$300	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Resumen General de Pago

POR A PAGAR

\$13,500

\$13,500

\$2,200

\$2,200

\$10,600

\$10,600

\$26,300



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ 1 PS 2640 2026 CRP -9483.pdf	1 PS 2640 2026 CRP -9483.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf (Archivado)	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 2 PS 2640 2026 CRP -16743.PDF	2 PS 2640 2026 CRP -16743.PDF	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO JULIO2 2026.pdf	PS 2640 2026 CUENTA DE COBRO JULIO2 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>