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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAMILO IVAN CORTES GOMEZ**			**CC:**	**80108091**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILOICG112@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3155286135**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 82 BIS 83-39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102661071**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2816 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.279.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CAMILO IVAN CORTES GOMEZ
PS_2816_2026_F54E8F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILO IVAN CORTES GOMEZ
CC: 80108091
CEL: 3155286135

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			
CAMILO IVAN CORTES GOMEZ			
CON C.C N°	**80.108.091**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2816 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**174**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.440.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.279.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	REALICE EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO.
2	CONTROLE Y REGISTRE LOS SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES TRASLADADOS, INFORMANDO CUALQUIER ALTERACION AL MEDICO RECEPTOR DEL PACIENTE Y REALIZANDO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA QUE PREVENGAN ACCIONES INSEGURAS DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO.
3	REALICE EL CONTROL, CONSERVACION Y REGISTRO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y CAMILLA DE LA AMBULANCIA, UTILIZANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES Y SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS LOS PRIMEROS 7 DIAS DEL MES, FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA.
4	ELABORE LA HISTORIA CLINICA CONFORME A LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCION PARA TRASLADO ASISTENCIAL SECUNDARIO (CODIGO: MI-UR-FT-017), ASI COMO LA ELABORACION DE LOS DEMAS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES, INCLUYENDO EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO TRASLADO ASISTENCIAL (MI-UR-FT-015), ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACION REGISTRADA.
5	REALICE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION Y EL REGISTRO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES, EFECTUE EL ASEO RUTINARIO POR TURNO, Y DURANTE LOS FINES DE SEMANA LLEVE A CABO LA DESINFECCION TERMINAL CONFORME AL PROTOCOLO ESTABLECIDO Y SEGUN LA PATOLOGIA DEL PACIENTE.
6	RECIBI Y ENTREGUE AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O MEDICO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, SEGUN LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, BRINDANDO ATENCION ADECUADA TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA, MANTENIENDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.
7	CONOCI Y CUMPLI LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASI COMO REPORTE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES.
8	ASISTI Y PARTICIPE EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD.
9	COMUNIQUE OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.
10	GARANTICE EL USO CORRECTO Y RESPONSABLE DEL RADIO DE COMUNICACIONES DE LA AMBULANCIA, ASEGURANDOME DE MANTENER UNA COMUNICACION CONSTANTE Y FLUIDA CON EL CENTRO DE OPERACIONES O LA BASE. INFORME DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA CUALQUIER NOVEDAD, INCIDENTE O SITUACION RELEVANTE QUE OCURRA DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO, TANTO AL INICIO COMO AL FINAL DE CADA TURNO, ASI COMO DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.
11	REALICE LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1080478714	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/14	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/14	$ 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	*CAMILO IVAN CORTES GOMEZ* *PS_2816_2026_F54E8F* **CAMILO IVAN CORTES GOMEZ** **CC: 80108091**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_2816_2026_F54E8F* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**