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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ**			**CC:**	**79563390**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MIGUELR_71@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132497638**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 72K 36B 25 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0126449297**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3917 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.293.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/29**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ
PS_3917_2026_B1730A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ
CC: 79563390
CEL: 3132497638

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			
MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ			
	CON C.C N°	**79.563.390**	
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 3917 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/29**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.731.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.616.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.293.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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	01. Ejecución de actividades propias del perfil profesional de enfermería: Se ejecutaron las actividades correspondientes al perfil profesional de enfermería, de acuerdo con las funciones asignadas y las necesidades del servicio, realizando los registros correspondientes en DHG.
2	02. Recepción y entrega de turno: Se realizó la recepción y entrega de turno de acuerdo con los protocolos institucionales establecidos, garantizando la continuidad en la atención y realizando los registros correspondientes en DHG.
3	03. Plan de cuidado de enfermería: Se elaboró y ejecutó el plan de cuidado de enfermería, realizando seguimiento y evaluación de acuerdo con las necesidades identificadas en los pacientes, con los respectivos registros en DHG.
4	04. Verificación de medidas preventivas y seguridad del paciente: Se verificaron las medidas preventivas y de seguridad del paciente, identificando y reportando los riesgos y novedades presentadas, realizando los registros correspondientes en DHG.
5	05. Administración y registro de medicamentos: Se realizó la administración de medicamentos de acuerdo con las órdenes médicas y protocolos institucionales, efectuando los respectivos registros en DHG.
6	06. Supervisión del personal auxiliar y camilleros: Se realizó seguimiento y supervisión a las actividades desarrolladas por el personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando el cumplimiento de los procedimientos establecidos y realizando los registros correspondientes en DHG.
7	07. Actualización de Kardex y tarjetas de medicamentos: Se realizó la actualización y seguimiento del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con los protocolos institucionales, efectuando los registros correspondientes en DHG.
8	08. Control de suministros e insumos: Se realizó control y seguimiento de los medicamentos, suministros e insumos requeridos para la atención de los pacientes, verificando su disponibilidad y adecuado manejo, con los respectivos registros en DHG.
9	09. Devolución de medicamentos e insumos: Se realizaron las devoluciones de medicamentos e insumos al servicio de farmacia, de acuerdo con las necesidades y egresos de los pacientes, efectuando los registros correspondientes en DHG.
10	10. Participación en revista médica: Se participó en la revista médica, suministrando información relacionada con la evolución y necesidades de los pacientes para contribuir a la continuidad de la atención, realizando los respectivos registros en DHG.
11	11. Asignación de pacientes al personal auxiliar: Se realizó la asignación de pacientes al personal auxiliar de enfermería, teniendo en cuenta las necesidades de atención y organización del servicio, efectuando los registros correspondientes en DHG.
12	12. Manejo de inventarios y equipos: Se realizó seguimiento al inventario, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos asignados al servicio, con los respectivos registros en DHG.
13	13. Asignación de camas en el sistema de información: Se realizó la asignación y actualización de camas en el mapa de camas del sistema de información institucional, efectuando los registros correspondientes en DHG.
14	14.Gestión y traslado de pacientes: Se gestionaron y realizaron los traslados de pacientes entre servicios, de acuerdo con las necesidades de atención y disposiciones institucionales, realizando los respectivos registros en DHG.
15	15. Trámite de exámenes y remisiones: Se gestionaron oportunamente los exámenes de laboratorio, radiología, procedimientos y remisiones requeridas para la atención de los pacientes, efectuando los registros correspondientes en DHG.
16	16. Cumplimiento de la normatividad de historia clínica: Se dio cumplimiento a la normatividad vigente y a los lineamientos institucionales relacionados con el manejo y diligenciamiento de la historia clínica, realizando los respectivos registros en DHG.
17	17. Cumplimiento de normas de bioseguridad y presentación personal: Se dio cumplimiento a las normas y protocolos institucionales de bioseguridad, presentación personal y uso de elementos de protección personal, realizando los registros correspondientes en DHG.
18	18. Verificación del carro de paro: Se realizó la verificación y seguimiento del carro de paro, incluyendo revisión de elementos, medicamentos, registros, condiciones de seguridad y funcionamiento del desfibrilador, efectuando los registros correspondientes en DHG.

19	19. Porte de carnet institucional: Se cumplió con el porte del carnet institucional durante el desarrollo de las actividades contractuales, de acuerdo con los lineamientos establecidos, realizando los registros correspondientes en DHG.
20	20. Apoyo en procesos de inducción: Se brindó apoyo y acompañamiento en los procesos de inducción y orientación del personal nuevo, de acuerdo con las necesidades del servicio, realizando los respectivos registros en DHG.
21	21. Supervisión de limpieza y desinfección: Se verificó y supervisó el cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección en las áreas asignadas, realizando seguimiento a las actividades desarrolladas y los respectivos registros en DHG.
22	22. Ejercicio profesional conforme a la normatividad institucional: Se desarrollaron las actividades propias del ejercicio profesional de enfermería, de conformidad con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales, realizando los registros correspondientes en DHG.
23	23. Apoyo a procesos de acreditación y habilitación: Se brindó apoyo en las actividades relacionadas con los procesos de acreditación y habilitación institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., realizando los respectivos registros en DHG.
24	24. Participación en protocolos y guías: Se participó en las actividades relacionadas con la elaboración, actualización y aplicación de protocolos, manuales y guías del servicio, de acuerdo con las necesidades institucionales, realizando los registros correspondientes en DHG.
25	25. Registro de actividades en DHG: Se realizaron los registros correspondientes a las actividades de atención y seguimiento efectuadas durante el periodo, de acuerdo con los lineamientos institucionales y los requerimientos del sistema de información DHG.

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° 1083919269-1085456587	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/18	$ 221.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/18	$ 284.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/18	$ 43.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 549.200

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	*MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ* *PS_3917_2026_B1730A* **MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ** **CC: 79563390**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_3917_2026_B1730A* **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_3917_2026_B1730A* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-28, 10:17:02 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1083919269

Periodo Cotización: julio de 2026 | Periodo Servicio: julio de 2026 | Referencia pago 8824223101

PAGADA 18/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ		
Documento	CC79563390	Dirección	CRA 118 N 89 B 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132497638
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79563390	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$218,900	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800	$0	$541,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte:	2026-09-28, 10:17:02 AM	Tipo Planilla:	N: PLANILLA CORRECCIONES			Número Planilla:	1085456587
Nro Planilla	1083919269	Periodo Cotización:	julio de 2026	Periodo Servicio:	julio de 2026	Referencia pago	8824401173

PAGADA 28/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ		
Documento	CC79563390	Dirección	CRA 118 N 89 B 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132497638
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79563390	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ	59	0									A								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800
CC 79563390	MIGUEL ALBERTO RIAÑO GUTIERREZ	59	0									C								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,774,440	$284,000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,774,440	$221,900	2.436	$1,774,440	$43,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$549,200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$23,535	$23,535	$23,535	$0	$3,800	$3,000	$600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$7,400	$300	$7,700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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? ○ Sí ◉ 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		
☐	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3917 2026 CRP -14303.PDF	1 PS 3917 2026 CRP -14303.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3917 2026 CRP -17647.PDF	2 PS 3917 2026 CRP -17647.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 3917 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >