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:	**ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA**			**CC:**	**1070629584**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANGELTOTTO69@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3017363678**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78G BIS C 49B 99 SUR-CATALINA 1-KENNEDY**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24120406128**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1294 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.415.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA
PS_1294_2026_7DCEBE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA
CC: 1070629584
CEL: 3017363678

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			
ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA			
	CON C.C N°	**1.070.629.584**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1294 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.336.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.415.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	EMPALME Y RECIBO DE INFORMACIÓN PENDIENTE POR PARTE DEL PERSONAL A ENTREGAR DEL TURNO ANTERIOR GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO. REGISTROS Y FORMATOS DE ENFERMERÍA
2	CUMPLIMIENTO DE HORARIO Y ASIGNACIÓN DEL SERVICIO Y/O ÁREA DE TRABAJO. ADHERENCIA A LO COMUNICADO DESDE COORDINACIÓN POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN HABILITADOS POR LA MISMA
3	GARANTIZAR EL MANEJO ADECUADO DE LA INFORMACIÓN SUSCEPTIBLE DEL PACIENTE Y DAR USO SOLO PARA FINES MÉDICOS SIN QUE SE FILTRE INFORMACIÓN FUERA DEL ÁREA E TRABAJO. HISTORIA CLÍNICA, NOTAS DE ENFERMERÍA, FORMATOS RELACIONADOS
4	REGISTRO DE TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA AL ESTADO GENERAL DE LA SALUD DEL PACIENTE EN PRO DE UN ADECUADO MONITOREO DE SU ESTADO DE SALUD USANDO LAS HERRAMIENTAS PROPORCIONADAS POR EL SERVICIO PARA TAL FIN. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DINÁMICA Y ARCHIVOS FÍSICOS
5	ASISTIR EN PROCEDIMIENTOS AL JEFE DE ENFERMERÍA, MEDICO DE TURNO Y O TERAPEUTAS ASIGNADOS PARA DICHOS PROCEDIMIENTOS. GUÍAS Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL
6	REALIZAR DESINFECCIONES RUTINARIAS Y TERMINALES, MONITOREO Y REPORTE DEL ESTADO ACTUAL DE LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS, REPORTE Y NOTIFICACIONES AL ÁREA BIOMÉDICA. MANUALES Y GUÍAS TÉCNICAS, PROTOCOLO INSTITUCIONAL, MEDIOS DE COMUNICACIÓN ADMINISTRADOS POR COORDINACIÓN
7	ASISTIR A CAPACITACIONES GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO Y CUIDADO OFRECIDO EN LA UNIDAD AL PACIENTE
8	MANTENER UNA ACTITUD PROTOCOLAR A LA UNIDAD ESTABLECIENDO UNA CULTURA DE TRABAJO ENFOCADA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO. GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y DEMÁS
9	MANTENER LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA SEGUIR DANDO BUENA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA ENTIDAD
10	TRATO HUMANIZADO A LA HORA DE RESOLVER UN CONFLICTO QUE HAGA SENTIR INCOMODO A UN PACIENTE, IDENTIFICANDO LAS CAUSAS Y LAS DIRECTRICES A TOMAR A SU PETICIONES, QUEJAS O RECLAMOS

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 94965880	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/14	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/14	$ 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	*ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA* *PS_1294_2026_7DCEBE* **ANGEL ADAIN OLIVEROS GONGORA** **CC: 1070629584**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_1294_2026_7DCEBE* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**