

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE</b>    |  | <b>CÓDIGO:</b> AP-IA-FT-077 VER<br><b>FECHA:</b> 2024-09-16       |  |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b><br><b>VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| <b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  | 1.094.860.276                                                     |  |
| <b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E. |  |                                                                   |  |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 4272 2025                                                                                                                                                                                        |  | <b>FECHA INICIO CONTRATO:</b> 20/01/2025                          |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 9.082.080                                                                                                                                                                                        |  | <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:</b> TRE (3) MESES Y DIEZ (10) DIAS |  |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 9.082.080                                                                                                                                                                                        |  | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> \$ 667.800       |  |
| <b>Nº DE INFORME:</b> 1                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Nº CRP:</b>                                                                                                                                                                                      |  | <b>Nº CDP:</b> 135                                                |  |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                    | TRE (3) MESES Y DIEZ (10) DIAS                                                                                                                                                                      |  |                                                                   |  |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                    | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                               |  |                                                                   |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05                                                                                                                                    |  |                                                                   |  |
| <b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| <b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b> 0                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN:</b> ADICIONES                                                                                                                                                              |  | 0                                                                 |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                         |  |
| <b>III. POLIZAS</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| <b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                                                                                                                                                                                                  |  | NO                                                                |  |
| <b>Nº DE PÓLIZA:</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                    | N/A                                                                                                                                                                                                 |  | <b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>                                  |  |
| <b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    | N/A                                                                                                                                                                                                 |  | <b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>                                       |  |
| <b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | 1. recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | 2. controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado. |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                          | 3. orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento                                                          |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                          | 4. realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                          | 5. notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.                                                                                            |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                          | 6. informar al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | 7. realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | 8. realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.               |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | 9. cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | 10. responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil                                                                                              |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | 11. el seguimiento de inventario se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | 12. aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                         | 13. realizar la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente.                          |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                         | 14. reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                   |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | 15. recibir y entregar al paciente con el profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.                                                                                                                                                                 |
| 17 | 17. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.                                                                                                                                                                  |
| 18 | 18. impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.                                                                                                                                                                                |
| 19 | 19. mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes                                                                                                                                                                                                                                   |
| 20 | 20. ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.                                                                                                                                              |
| 21 | 21. realizar la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.                                                                           |
| 22 | 22. recibir y entregar las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.                                                                                                           |
| 23 | 23. conocer y cumplir la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento                                                                                                                               |
| 24 | 24. utilizar el teléfono institucional para trámite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.                                                                                                                                                                |
| 25 | 25. conocer y cumplir con las recomendaciones que la arl y/o área de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasión a la realización de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |
| 26 | 26. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad                                                                                                                                                                                 |
| 27 | 27. las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato                                                                                                                                                                                                                     |

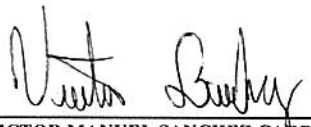
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |           |               |              |   |
|----------------------------------------------|-----------|---------------|--------------|---|
| No. DE PLANILLA:                             | NUEVO     | OPERADOR:     | NUEVO        |   |
| CONCEPTO DEL PAGO                            | ENTIDAD   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |   |
| SALUD:                                       | COMPENSAR | NUEVO         |              |   |
| PENSIÓN:                                     | PORVENIR  | NUEVO         |              |   |
| RIESGOS LABORALES:                           | SURA      |               |              |   |
| OTRO                                         |           |               |              |   |
| TOTAL PAGADO                                 |           |               | \$           | - |

| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.                                                                                                                                                                                                             |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó 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.                                                                                                                                                                                                             |

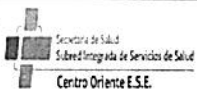
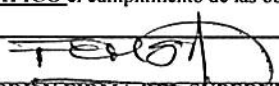
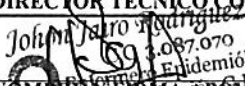
| VII. ANEXOS                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                        |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente |



VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA  
CC: 1.094.860.276  
CEL: 3148332139

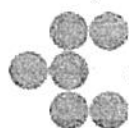
|                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             |  | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b><br><b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                                       |                        |                   | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 6</b>                                                  |                                                                         |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)</b>                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                                                                                                                                                                                 |  | VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA                                                                                                                                                                                        |                                       |                        | <b>CC:</b>        | 52.704.052                                                                                        |                                                                         |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                                                                                                                                                  |  | v_sanchezs@hotmail.com                                                                                                                                                                                               |                                       |                        | <b>RUT (NIT):</b> | NO APLICA                                                                                         |                                                                         |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>                                                                                                                                                                                 |  | Calle 25 sur 68h 80                                                                                                                                                                                                  |                                       |                        | <b>TELÉFONO:</b>  | 3025091962                                                                                        |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        | <b>CIUDAD:</b>    | BOGOTA D.C.                                                                                       |                                                                         |
| <b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>NO tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       | <b>( X )</b>           |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>SI tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       | <b>( )</b>             |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y                                |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        | <b>SI ( )</b>     |                                                                                                   | <b>NO (X )</b>                                                          |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b><br><b>NOMBRE DEL BANCO</b><br><b>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE</b><br><b>ENCUENTRE EN LA LISTA</b><br><b>DESPLIEGABLE)</b>                                                  |  | <b>BANCO CAJA SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                             |                                       | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | <b>AHORROS</b>    | <b>Nº CUENTA:</b>                                                                                 | 24088187220                                                             |
| <b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>Nº DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                     |  | PS 4272 2025                                                                                                                                                                                                         | <b>Nº CDP:</b>                        | 1                      | <b>Nº. RP:</b>    | <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS</b><br><b>PRORROGAS: TRES (3) MESES, DIEZ (10)</b><br><b>DÍAS</b> |                                                                         |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>                                                                                                                                                                             |  | 20/01/2025                                                                                                                                                                                                           | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b> |                        | 30/04/2025        |                                                                                                   | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b><br><b>INCLUIDO ADICIONES: 9.082.080</b> |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>                                                                                                                                                                             |  | DEL 20/01/2025 AL 31/01/2025                                                                                                                                                                                         |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <b>VALOR A PAGAR</b><br><b>CORRESPONDIENTE AL PERIODO</b><br><b>OBJETO DE COBRO EN</b><br><b>(LETRAS Y NUMEROS)</b>                                                                                         |  | S                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                        |                   |                                                                                                   | 667.800                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                             |  | SEISSIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE                                                                                                                                                               |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |
| <br><b>VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA</b><br>C.C. 1.094.860.276 Bogota D.C.<br>cel: 314 8332139                            |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                        |                   |                                                                                                   |                                                                         |



|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|
|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</b>                           |                               | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE</b><br><b>FECHA: 2024-09-16</b> |                |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          | VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA |                                                            |                |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          | 1.094.860.276                 |                                                            |                |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.                       |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                               | PS 4272 2025                                                                                                                                                                                                              | FECHA INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                    | 20/01/2025                    |                                                            |                |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                          | \$                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          | 9.082.080                     |                                                            |                |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO                                                                                                                                                                                                   | \$                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          | 9.082.080                     | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:                  | \$ 667.800     |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                            | 1                                                                                                                                                                                                                         | Nº CRP INICIAL:                                                                                                                                                                                                                          | 0                             | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO                                | 135            |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                             | TRE (3) MESES Y DIEZ (10) DIAS                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                                         | NUEVO                                                                                                                                                                                                                     | OPERADOR:                                                                                                                                                                                                                                | NUEVO                         |                                                            |                |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                     | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                       | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                              | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| Nº DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                 | Nº ( )                                                                                                                                                                                                                    | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):                                                                                                                                                                                               |                               | ADICION ( 0 )                                              | PRORROGA ( 0 ) |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                       | \$ -                          | RP DE LA ADICIÓN:                                          | \$ -           |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                       | \$ -                          | RP DE LA ADICIÓN:                                          | \$ -           |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                                      | SI                                                                                                                                                                                                                        | NA                                                                                                                                                                                                                                       | NO                            | NA                                                         |                |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                       | NA                                                                                                                                                                                                                        | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                                                                                                                                                                                                                |                               | NA                                                         |                |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                  | NA                                                                                                                                                                                                                        | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:                                                                                                                                                                                                       |                               | NA                                                         |                |
| IV. 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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 20/01/2025) AL (31/01/2025) |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                            |                |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | <br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b><br><b>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</b><br><b>CARGO:</b><br><b>DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05</b>         |                               |                                                            |                |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | <br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b><br><b>JOHNAIRO RODRIGUEZ APONTE</b><br><b>PERFIL:</b><br><b>PROFESIONAL UNIVERSITARIO</b> |                               |                                                            |                |



no esta formalizada.



compensar | salud  
eps

PSY 2020  
4232  
604  
662800  
VX

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1094860276, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20190115         | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 02 días del mes de Noviembre de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
25257234

CER-AFI

www.compensar.com

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO SuperSubsidio





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.860.276**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 2 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

SURA

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1.094.860.276

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

VICTOR

MANUEL

SANCHEZ

CARDONA

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

1/05/1986

BOGOTA

CALLE 25 SUR 68H 80

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

COMPENSAR

PORVENIR

EPS - Salud

AFP - Pensiones

Honorarios

AUXILIAR ENFERMERIA

v\_sanchezs@hotmail.com

348332139

Perfil/ Profesión

Correo Electrónico

Celular

Victor Manuel Sanchez

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo  
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011





**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

VICTOR MANUEL SANCHEZ CARDONA Identificado con CC 1094860276

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PORTAL DE LA 80, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

|                            |                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Número:</b>             | 24088187220                                                              |
| <b>Fecha de apertura:</b>  | 21 de Septiembre de 2018                                                 |
| <b>Condiciones de uso:</b> | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| <b>Estado:</b>             | Cuenta activa                                                            |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día, 02 de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

