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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1026569461

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SECUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5307 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**5/05/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			13.680.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.680.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.625.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP INICIAL:**		**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1394
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 MESES Y 25 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	NUEVO		**OPERADOR:**	NUEVO	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE C.C. 3087070 ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION(0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	XX
Nº DE PÓLIZA:	XXX		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	XXX		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX

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?	XX	
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?	XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	XX	
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?	XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	XX	

REALICE 150 HORAS UNIDAD SAN BLAS

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 (05/05/2025) AL (31-05-2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE C.C. 3087070** **ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20** **SUPERVISOR**

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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.026.559.461				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA 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 5307 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**05/052025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.680.000**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	1 MESES Y 25 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 13.680.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 5.625.000**	
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**		**Nº CDP:**	1394
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 MESES Y 25 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE C.C. 3087070 ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:	XXX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XXX	
FECHA DE LA PÓLIZA	XXX	**FECHA DE APROBACIÓN:**		XXX	

IV. 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)

DESARROLLE MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN LA UNIDAD SAN BLAS 150 HORAS

ITEM	
1	1. realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.
2	2. lleve registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.
3	3. cumpli con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica
4	4. reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
5	5. impartir instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado
6	6. diligencie el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.
7	7. informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.
8	8. conoci y di cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos
9	9. apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual
10	10. realice resumenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera
11	11. apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda

12	12. promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados
13	13. cumpli con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia
14	14. realice el seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
15	15. apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.
16	16. cumpli con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para la provision del respectivo reemplazo
17	17. participe en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.
18	18. participe activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminucion en los mismos.
19	19. mantuve al dia medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente
20	20. verifice antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomedicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibracion o reparacion de los mismos
21	21. hice recepcion y entrega del paciente al profesional de enfermeria y al profesional medico de la unidad receptora y recibir de parte del medico de la unidad remitente las demas asignadas por el supervisor.
22	22. conoci y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
23	23. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	24. cumpli con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riego 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
25	25. asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
26	26. realice seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	27. utilice un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	28. realice la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad
29	29. recibi y entregue las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
30	30.desarrolle las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor 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:	**SURA**	**NUEVO**	
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**NUEVO**	
RIESGOS LABORALES: RIESGO 4 TRIPULANTE	**POSITIVA**	**RIESGO 4**	**$ -**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 0**

VI. 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

STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
CC:1026559461
CEL:3102962973

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA	**CC:**	1026569461
		RUT (NIT):	1026569461
CORREO ELECTRÓNICO:	STEVENMEDINA93@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3102962973
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12A 71C 60 AP 110 TO 3	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

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

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**073631947**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5307 2025**	**N° CDP:**	**1394**	**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 1 MESES Y 25 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**5/05/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13,680,000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 05-05-2025 AL 31-05-2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**5.625.000**
	CINCO MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MILL PESOS M/TE					

HORAS 150

STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
CEDULA 1026569461
CELULAR 3102962973

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1026569461** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026569461
NOMBRES Y APELLIDOS	STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	155
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **23/04/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA con identificación No. 1.026.569.461 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de junio del 2025 y sus recursos están en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 11 de abril del 2025.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 23 de abril del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 03
FECHA: 2023-03-17

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

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

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION — POSITIVA — NOMBRE ARL

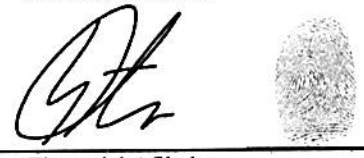
CC-CEDULA DE CIUDADANIA	1026569461
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

STIVEN	HUMBERTO	MEDINA	ECHEVERRIA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

18/11/1991	BOGOTA D.C	CALLE 12 A 71C - 60 APTO 110 TORRE 3
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

SURA EPS	PORVENIR	$3.100.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MEDICO	STEVENMEDINA93@GMAIL.COM	3102962973
Perfil/ Profesión	Correo Electrónico	Celular



Firma del Afliado

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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.026.569.461 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 073631947, abierta/o desde el 16/3/2025.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Abril del año 2025

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO