

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GUSTAVO ALEXANDER PUENTES ROMERO			CC:	79970474
CORREO ELECTRÓNICO:	gap050279@gmail.com			TELÉFONO:	3024061682
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68H 38B 38 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	054958967
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4585 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.009.340	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 GUSTAVO ALEXANDER PUENTES ROMERO PS_4585_2025_BF7A9F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GUSTAVO ALEXANDER PUENTES ROMERO CC: 79970474 CEL: 3024061682					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GUSTAVO ALEXANDER PUENTES ROMERO

CON C.C N° 79.970.474

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4585 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/06
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.687.574	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.778.878	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.009.340
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
------------------------	----------------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	1. Realicé la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	2. Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (6 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).
3	3. Garanticé el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica (16 registros de atenciones registrados en plataforma Netux)
4	4. Brindé respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
5	5. Presenté cumplimiento c Garanticé el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
6	6. Garanticé el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	7. Realicé el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. (6 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux y 6 registros de control de temperatura).
8	8. Garanticé el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	9. Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	10. Realicé los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente (12 registros de limpieza y desinfección registrados en aplicativo Netux)
11	11. Realicé el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil
12	12. No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran reporte.
13	13. Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
14	14. Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	15. Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
16	16. Garanticé la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora, mediante entrega a gestor externo de la unidad funcional.
17	17. Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	18. Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	19. Garanticé el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	20. Cumplí el trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA

EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492553776	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GUSTAVO ALEXANDER PUENTES ROMERO PS_4585_2025_BF7A9F GUSTAVO ALEXANDER PUENTES ROMERO CC: 79970474
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_4585_2025_BF7A9F CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ PS_4585_2025_BF7A9F JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO