

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVARO DE LA PEÑA PARRA			CC:	80109828
CORREO ELECTRÓNICO:	ADELAPENAP@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3007662701
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 32C BIS A SUR N° 11G - 58			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	161790530
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5746 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.009.340	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 ALVARO DE LA PEÑA PARRA PS_5746_2024_02DDDA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO DE LA PEÑA PARRA CC: 80109828 CEL: 3007662701					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ALVARO DE LA PEÑA PARRA

CON C.C N°

80.109.828

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5746 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/09
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.078.451	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.417.489	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.009.340
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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	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	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (8 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).
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 (22 de atenciones registrados en plataforma Netux)
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	Presenté cumplimiento con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, tanto de las necesidades administrativas y asistenciales garantizando la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al programa de atención pre hospitalaria.
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	Realicé el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. (8 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux y 8 registros de control de temperatura).
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	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Realicé los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente (5 registros de limpieza y desinfección registrados en aplicativo Netux)
11	Realicé el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil
12	No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran reporte.
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
14	Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
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	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Garanticé el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
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° 1075589606	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/08	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/08	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/08	\$ 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ALVARO DE LA PEÑA PARRA PS_5746_2024_02DDDA ALVARO DE LA PEÑA PARRA CC: 80109828
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5746_2024_02DDDA 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_5746_2024_02DDDA JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

Fecha creación reporte: 2025-10-15, 01:32:54 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1075589606

Periodo Cotización:

septiembre de 2025

Periodo Servicio:

septiembre de 202

25 Referencia pago (PIN): 8823290306

PAGADO 08/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO DE LA PENA PARRA		
Documento	CC80109828	Dirección	DG 32C SUR #11 G - 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3152159151
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80109828	ALVARO DE LA PEÑA PARRA	03	00																		0	30	30	0	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 434.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 0	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 434.300	\$ 700	\$ 435.000