

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES DAVID ROJAS ROZO			CC:	11412825
CORREO ELECTRÓNICO:	DAVIDROJAS11412825@OUTLOOK.COM			TELÉFONO:	3142227139
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV 14 1 05			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	580131332
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5795 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.146.240	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 ANDRES DAVID ROJAS ROZO PS_5795_2024_C75F36 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES DAVID ROJAS ROZO CC: 11412825 CEL: 3142227139					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDRES DAVID ROJAS ROZO

CON C.C N° 11.412.825

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5795 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.706.230	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 74.604.735	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.146.240
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	2.Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la historia clinica del programa de atencion prehospitalaria (fisica y/o digital) segun criterios y normatividad, ademas de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligencionamiento dela historia clinica
2	3.Garantice el diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la atencion prehospitalaria (historia clinica de valoracion y/o traslado , formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, formulacion medica, cadena de custodia)
3	4.Realice la valoracion medica y /o traslado de pacientes cuando asi sea indicado por el centro Regulador de urgencias y Emergencias. CRUE
4	5.Realize las maniobras basicas y avanzada para la estabilizacion de pacientes criticos, en caso de requerirse en el proceso de atencion
5	6.Desarrolle las actividades programadas, segun cronogramas establecidos por la unidad funcional de APH centro oriente E:S:E
6	7.Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carne que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E:S:E
7	8.Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad
8	9.Vele por la opotunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalidad y resolucion en la atencion medica prehospitalaria
9	Realice informe y registro oportuno de datos criticos
10	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad
11	Adopte los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para l cabal cumplimiento de las actividades
12	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual
13	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la informacion que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades
14	Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el centro regulador de urgencias y emergencias CRUE
15	Aplice las politicas de calidad de la institucion participando activamente en los procesos del sistema de geston de calidad institucional
16	Asisti a la reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institucion cundo sean requeridos
17	Respondi y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el centro regulador de Urgencias y Emergencias en salud CRUE.
18	Di uso adecuado y racionalizacion de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehiculos de emrgencia; asi mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes
19	Realice el diligencionamiento adecuado y opotuno de los certificados de defuncion generados durante la atencion prehospitalaria, en medio fisico y en un termino no mayor a 24 horas en el aplicatvo RUAF
20	Realice el preoperacional del equipamiento biomedico y equipos de apoyo diagnostico
21	Adopte los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolo que se requiere para cabal el cumplimiento de las actividades.
22	Las demas actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecucion del CONVENIO 7120405-2024
23	Garantice la entrega y recepci3n de turno de manera presencial registrando la novedades correspondientes (8 registros en preoperacionales registrados en plataforma Netux)
24	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos, aplicables para el cumplimiento de las actividades.
25	Garantice el adecuado diligencionamiento de la historia clínica del programa de atención prehospitalaria según criterios normativos vigentes además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligencionamiento de la historia clínica (27 registros de atenciones registrados en plataforma Netux)
26	Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia (6 fallidos registrados en plataforma Netux)

27	Realice el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias de mi perfil
28	Garantice el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad
29	Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución
30	Garantice el trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual

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° 9493217339	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/15	\$ 344.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/15	\$ 441.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 786.000

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 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	 ANDRES DAVID ROJAS ROZO PS_5795_2024_C75F36 ANDRES DAVID ROJAS ROZO CC: 11412825
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5795_2024_C75F36 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

PS_5795_2024_C75F36

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ



FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO

--