

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	FERNANDO LOPEZ DIAZ			CC:	11317189
CORREO ELECTRÓNICO:	FERNANDOLOPEZDIAZ27@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3013894384
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 44D 45 45			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4792019896
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5752 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.146.240	
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				
 FERNANDO LOPEZ DIAZ PS_5752_2024_B7AC90 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FERNANDO LOPEZ DIAZ CC: 11317189 CEL: 3013894384					

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

FERNANDO LOPEZ DIAZ

CON C.C N°

11.317.189

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 5752 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 2024/12/09

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 6.929.771 **No. HORAS EJECUTADAS** 192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 74.280.240 **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 | Estuvé presente en el momento de entregar y recibir 16 turnos registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente. |
| 2 | Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de 31 Historias Clínicas, 6 fallidos del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. |
| 3 | Garanticé el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado 31 Historias Clínicas, 6 fallidos propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia). |
| 4 | Realicé la valoración médica y/o traslado de 36 pacientes cuando segun lo indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 5 | Realicé las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención. |
| 6 | Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 8 | Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 9 | Velé por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria. |
| 10 | Realicé informe y registro oportuno de datos críticos. |
| 11 | Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte) |
| 12 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte) |
| 13 | Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 14 | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. |
| 15 | Respondí oportunamente a los 37 despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 16 | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. |
| 17 | Asistí a la capacitación brindada el 15 de Octubre del 2025 sobre Funciones de veeduría |
| 18 | Registré todos los 37 desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados por medio del aplicativo designado para tal fin. |
| 19 | Capturé los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. |
| 20 | Respondí y asistí 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. |
| 21 | Dí uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes. |
| 22 | Realicé el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF |
| 23 | Efectué el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos. |
| 24 | Realicé 14 preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. |
| 25 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |

26	Tramité 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.
27	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024

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° 1076453949	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/15	\$ 400.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/15	\$ 512.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/15	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 912.000

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	 FERNANDO LOPEZ DIAZ PS_5752_2024_B7AC90 FERNANDO LOPEZ DIAZ CC: 11317189
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5752_2024_B7AC90 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
PS_5752_2024_B7AC90

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ



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

--

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-10-15, 12:14:47 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2025
Empresa	FERNANDO LOPEZ DIAZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11317189
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1076453949
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1853382841
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	\$ 912.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 512.000	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 400.000	\$ 0

SubTotales:	\$ 912.000	\$ 0
Total a Pagar:		\$ 912.000



PAGADO 15/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FERNANDO LOPEZ DIAZ		
Documento	CC11317189	Dirección	CL 44D NORTE #45 - 45 INT 2 APTO 103
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3013894384
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	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAC	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	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 11317189	FERNANDO LOPEZ DIAZ	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 3.200.000	\$ 512.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3.200.000	\$ 400.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 912.000

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
\$ 3.200.000	\$ 3.200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 512.000	\$ 400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 912.000	\$ 0	\$ 912.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5752 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo