

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS		<b>CC:</b>	1016073556
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	aac2413@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3188513293
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 118A 23B 41		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 455400061715

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6388 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.942.362
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/09/19	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/10/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS  
 PS\_6388\_2025\_645E0E

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS

**CC: 1016073556**

**CEL: 3188513293**

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

**ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS**

**CON C.C N° 1.016.073.556**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMER?A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., EN MARCO DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH".

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6388 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/09/19</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.906.845	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>174</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 2.906.845	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.942.362
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS

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

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

**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 | DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (7 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)  |
| 2 | REALICE LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (15 REGISTROS DE ATENCIONES REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX) |
| 3 | ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA-  |
| 4 | TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (7 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y 14 REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y 9 REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX   |
| 5 | REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH.   |
| 6 | PROPENDÍ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.  |
| 7 | REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE APH VIGENTE   |

**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° 90208148	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/16	\$ 178.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/16	\$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/16	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 406.400</b>


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS</i> <i>PS_6388_2025_645E0E</i></p> <p><b>ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS</b> <b>CC: 1016073556</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ</i> <i>PS_6388_2025_645E0E</i></p> <p><b>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ</i> <i>PS_6388_2025_645E0E</i></p> <p><b>JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---