


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MATEO ALBERTO GUTIERREZ HERRERA		CC:	79834335	
CORREO ELECTRÓNICO:	MATEOALBER1978@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3203602930	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 61 1C 13 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	80632766495

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5785 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.009.340
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		

 MATEO ALBERTO GUTIERREZ HERRERA
PS_5785_2024_626C9F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MATEO ALBERTO GUTIERREZ HERRERA

CC: 79834335

CEL: 3203602930

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

MATEO ALBERTO GUTIERREZ HERRERA

CON C.C N°

79.834.335

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 5785 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.011.404	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.246.908	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	2. SE ESTUVO PRESENTE EN EL MOMENTO DE LAS ENTREGA Y RECIBOS DE TURNO REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES, EN EL MARCO DE UN EJERCICIO DE ARTICULACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO.
---	--

2	SE GARANTIZO 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.
---	---

3	SE DIO 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.
---	---

4	SE PRESTARON LOS SERVICIOS 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.
---	--

5	SE CUMPLIO CON EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA Y RECIBO DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES, CON REGISTRO DE NOVEDADES, ADEMÁS DE EL DE NECESIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR 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	SE DIO UN CORRECTO USO A LOS ELEMENTOS TECNOLÓGICOS (CELULAR INSTITUCIONAL, TABLET.) ASIGNADOS A LAS AMBULANCIAS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, ASÍ COMO GARANTIZAR EL USO PERMANENTE DE DICHS DISPOSITIVOS PARA MANTENER UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y OPORTUNA CON LA LÍDER DE LA UNIDAD FUNCIONAL O CON QUIEN ELLA DESIGNE.
---	--

7	SE VERIFICO EL ALISTAMIENTO DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIAS PREVIO A VERIFICACIÓN POR EL CRUE.
---	--

8	SE PORTÓ 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. 9. SE GARANTIZO EL CUMPLIMIENTO DE LO CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD.
---	---

9	SE IMPLEMENTO LAS LISTAS DE CHEQUEO PARA MONITORIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUANTO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA.
---	--

10	SE REALIZO INFORME Y REGISTRO OPORTUNO DE DATOS CRÍTICOS.
----	---

11	SE EFECTUO REPORTE Y REGISTRO DE SUCESOS DE SEGURIDAD.
----	--

12	SE ADOPTARON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, INSTRUCTIVOS, FORMATOS, PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA CABAL EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
----	--

13	SE DIO TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
----	--

14	SE CUMPLIO CON DISPOSICIONES RESPECTIVAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE MANEJA DE ACUERDO CON EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.
----	--

15	SE GARANTIZO LA ENTREGA Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS AL ÁREA RESPECTIVA CUANDO LOS VEHÍCULOS SON DIRECCIONADOS AL TALLER Y/O ASEGURADORA.
----	---

16	SE APLICARON LAS POLÍTICAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL.
17	SE ASISTIO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN.
18	SE CONTROLÓ EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD.
19	SE TRAMITÓ 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.
20	SE DESARROLLARON LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH" DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO

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° 9492143744	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/16	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/16	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/16	\$ 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	 MATEO ALBERTO GUTIERREZ HERRERA PS_5785_2024_626C9F MATEO ALBERTO GUTIERREZ HERRERA CC: 79834335
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5785_2024_626C9F 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_5785_2024_626C9F

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 79834335		GUTIERREZ HERRERA MATEO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrea 63 sur 75d 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857464056	9492143744	I	2025/10/08	2025/10/16	NEQUI	8	\$407,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	79834335	GUTIERREZ MATEO																	230201	30	EPS005	30			0	0	0.000%	0	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 79834335		GUTIERREZ HERRERA MATEO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrea 63 sur 75d 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857464056	9492143744	I	2025/10/08	2025/10/16	NEQUI	8	\$407,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
TOTAL				1	\$405,800	\$2,100	\$0	\$407,900	



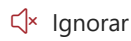
Todas las carpe... < ACHCOLOMBIA



Archivo Inicio Vista Ayuda



Nuevo



Ignorar



Bloquear



Eliminar



Archivar



Informar



Responder



Limpiar



Mover



Reglas



Leído / No Clasi
leído



> Favoritos



< mateoalber1978@hotmail.com



Bandeja de entrada 3002



Correo no deseado 28



Borradores 113



Elementos enviados



Elementos eliminados



Archivo 1



Conversation History



Notas

Ir a Grupos

Todo Correo Archivos Contactos

PSE - Transacción Aprobada CUS 1857464056

serviciopse@ Para: Usted Jue 16/10/2025 3:10 PM



¡Hola, luz edith arias bernal!

Estado de la Transacción:

Los siguientes son los datos de tu

Valor: \$ 407.900

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de apor 9492143744

Fecha de la transacción: 16/10/2025

CUS: 1857464056

Gracias por utilizar nuestro servicio.