

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO		CC:	1032376556	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIEGOTRABAJO8612@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3184013079	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 53 SUR 60 60		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008090531487

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5716 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.143.296
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		



*DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO*  
*PS\_5716\_2024\_18F50E*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO

CC: 1032376556

CEL: 3184013079

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

**DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO**

**CON C.C N° 1.032.376.556**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5716 2024</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2024/12/09</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.078.451	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>192</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 22.187.028	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.143.296
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	ONCE (11) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
-------------------------------	----------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

- |    |   |
|----|---|
| 1  | 1. PRESTAR 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.  |
| 2  | 2. ESTAR 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. (8 Registros en Preoperacional registrados en la plataforma de Netux).   |
| 3  | 3. GARANTIZAR 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. (10 Registros de atencion Pre HospitalRI registrados en la plataforma Netux).                                    |
| 4  | 4. DAR 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  | 5. CUMPLIR 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  | 6. DAR 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  | 7. VERIFICAR EL ALISTAMIENTO DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIAS PREVIO A VERIFICACIÓN POR EL CRUE.   |
| 8  | 8. PORTAR 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  | 9. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LO CONTEMPLADO EN EL MANUAL.   |
| 10 | 10. IMPLEMENTAR LAS LISTAS DE CHEQUEO PARA MONITORIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUANTO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA. (14 Registros de Limpieza y Desinfeccion registrados en la plataforma Netux).  |
| 11 | 11. REALIZAR INFORME Y REGISTRO OPORTUNO DE DATOS CRÍTICOS.   |
| 12 | 12. EFECTUAR REPORTE Y REGISTRO DE SUCESOS DE SEGURIDAD.  |
| 13 | 13. ADOPTAR LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, INSTRUCTIVOS, FORMATOS, PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA CABAL EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.   |
| 14 | 14. DAR TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.   |
| 15 | 15. CUMPLIR CON DISPOSICIONES RESPECTIVAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE MANEJA DE ACUERDO CON EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.   |

16	16. GARANTIZAR LA ENTREGA Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS AL ÁREA RESPECTIVA CUANDO LOS VEHÍCULOS SON DIRECCIONADOS AL TALLER Y/O ASEGURADORA.
17	17. APLICAR LAS POLÍTICAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL.
18	18. ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN.
19	19. CONTROLAR EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD.
20	20. TRAMITAR 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.
21	21. 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° 7986709570	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 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 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**



*DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO*  
PS\_5716\_2024\_18F50E

**DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO**  
**CC: 1032376556**



*CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ*  
PS\_5716\_2024\_18F50E

**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**

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



*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ*

*PS\_5716\_2024\_18F50E*

**JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**