

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO			CC:	1140847693
CORREO ELECTRÓNICO:	moicruzp@hotmail.com			TELÉFONO:	3002773030
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 25 50 27			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488428540881
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5886 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.200.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				



MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO
PS_5886_2025_72B6FC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO
CC: 1140847693
CEL: 3002773030

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO

CON C.C N° 1.140.847.693

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SECUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5886 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/07
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.200.000	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 43.762.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.200.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

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	REALICÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI PROFESION.
2	LLEVÉ REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE SURJAN DURANTE EL TRASLADO.
3	CUMPLÍ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA.
4	REPORTÉ LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	IMPARTÍ INSTRUCCIONES A LA TRIPULACION DE LA AMBULANCIA DESIGNADA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR AL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
6	DILIGENCIÉ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA.
7	INFORMÉ AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE EL TRASLADO A REALIZAR Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS AL MOMENTO DE REALIZAR DICHO TRASLADO.
8	EJECUTÉ Y DÍ CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS RELACIONADOS CON LA ATENCION SEGURA DE PACIENTES Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.
9	APOYÉ A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, DE ACUERDO A LA NATURALEZA CONTRACTUAL.
10	REALICÉ RESUMENES DE HISTORIA CLINICA U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA.
11	APOYÉ EN LA RESPUESTA DE QUEJAS O REQUERIMIENTOS OPORTUNAMENTE CUANDO CORRESPONDA.
12	EJECUTÉ LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS.
13	CUMPLÍ CON LA APLICACION DE PROTOCOLOS DISTRITALES DE RESPUESTA A EMERGENCIAS Y CADENA DE CUSTODIA.
14	EJECUTÉ EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO, SE HACE EN EL FORMATO MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DIAS DE CADA MES.
15	EJECUTÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
16	CUMPLÍ CON LA PROGRAMACION DE AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS, CUMPLIENDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION; EN LOS CASOS DE NOVEDADES INFORMAR CON ANTICIPACION PARA LA PROVISION DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.
17	PARTICIPÉ EN LAS DIFERENTES REUNIONES, COMITES, RELACIONADOS CON ASUNTOS TANTO DEL AREA DE MEDICINA COMO DE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE ASI LO REQUIERAN.
18	EJECUTÉ ACTIVAMENTE EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INCENTIVANDO LA CULTURA DEL REPORTE, REALIZANDO SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS ADVERSOS, IDEANDO PLANES DE MEJORAMIENTO Y LOGRANDO DISMINUCION EN LOS MISMOS.
19	MANTENGO AL DIA MEDICAMENTOS DE CONTROL Y SOLICITAR SU CAMBIO EN FECHA PROXIMA A VENCER O CUANDO SEAN UTILIZADOS POR EL PACIENTE.

20	VERIFIQUÉ ANTES DE COMENZAR EL TURNO EL ESTADO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS QUE HACEN PARTE DE LAS AMBULANCIAS E INFORMAR SI SE REQUIERE CALIBRACION O REPARACION DE LOS MISMOS.
21	EJECUTÉ RECEPCION Y ENTREGA DEL PACIENTE AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y AL PROFESIONAL MEDICO DE LA UNIDAD RECEPTORA Y RECIBIR DE PARTE DEL MEDICO DE LA UNIDAD REMITENTE Y LAS DEMAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR.
22	EJECUTÉ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRAN PARA FORMULAR ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO.
23	UTILICÉ EL TELEFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.
24	CUMPLÍ CON LA RESPECTIVA AFILIACION A LA ARL EN RELACION AL RIEGO 4 CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.
25	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
26	REALICÉ SEGUIMIENTO DIARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL Y REPORTÉ FALENCIAS.
27	UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A MI ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO.
28	REALICÉ LA NOTIFICACION DEL INICIO Y CULMINACION DE ACTIVIDADES A LA PERSONA ENCARGADA DEL PROCESO DE REFERENCIA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACION ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
29	RECIBÍ Y ENTREGUÉ LAS NOVEDADES Y EL VEHICULO ASIGNADO PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD.
30	REALICÉ LAS DEMAS ACTIVIDADES AFINES A MI CARGO QUE SEAN DELEGADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
31	BRINDÉ UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 7995498401	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/19	\$ 360.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/19	\$ 460.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/19	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 820.800

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO

PS_5886_2025_72B6FC

MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO

CC: 1140847693

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PS_5886_2025_72B6FC

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1140847693				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO					NÚMERO PLANILLA:					7995498401				
CIUDAD/MUNICIPIO:					SEVILLA					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES				
DIRECCIÓN:					CRA 47 # 124-36					DÍAS DE MORA:					noviembre AÑO				
TIPO APORTANTE:					02-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2025				
TIPO EMPRESA:					PRIVADA					PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					MES				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					ÚNICO					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					noviembre AÑO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO					I-INDEPENDIENTE					2025				
										Comercio al por mayor no especializado.					2021505696				

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 460.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 460.800	\$ 0	\$ 460.800	
SUBTOTALES:											\$ 460.800	\$ 0	\$ 460.800	

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 360.000		\$ 0		\$ 0	\$ 360.000		\$ 0	\$ 360.000	
SUBTOTALES:													\$ 360.000	\$ 0	\$ 0	\$ 360.000		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																								
1	CC 1140847693	DE LA CRUZ POLO MOISES DAVID	INDEPEND		\$ 2.880.000			NO																			230301- PORVENIR	30		\$ 2.880.000	\$ 460.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 460.800	EPS005- SANITAS S.A.	30		\$ 2.880.000	\$ 360.000	\$ 0	\$ 360.000			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					

TOTAL PAGADO: \$ 820.800



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	julio moises.pdf (Archivado)	julio moises.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO JULIO_3 (1).jpg	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO JULIO_3 (1).jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 5886 2025 CRP-21048.pdf	1 PS 5886 2025 CRP-21048.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS 5886 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle



PS_5886 CUENTA DE COBRO
NOVIEMBRE.pdf

PS_5886 CUENTA DE COBRO
NOVIEMBRE.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo