

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|---------------------------------|---|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CARLOS ANTONIO AGUDELO DIAZ | | CC: | 1033684025 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | elcaballero_1987@hotmail.com | | TELÉFONO: | 3104164494 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TRANsVERSAL 6B BIS # 48K - 65 SUR TORRE 7 APT 106 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 488456367264 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 8192 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.136.960 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/12/09 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



CARLOS ANTONIO AGUDELO DIAZ
PS_8192_2025_8806B0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS ANTONIO AGUDELO DIAZ

CC: 1033684025

CEL: 3104164494

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

CARLOS ANTONIO AGUDELO DIAZ

CON C.C N°

1.033.684.025

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|---|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 8192 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/12/09 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 483.042 | No. HORAS EJECUTADAS | 192 |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|--------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 5.743.080 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.136.960 |
|---|--------------|--|--------------|

| | |
|--|---------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | DOS (2) MESES |
|--|---------------|

| | |
|--|-------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS |
|--|-------------------|

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE |
|-------------------------------|------------------------------|

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)

- | 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 | .Recibí y entregue turno de acuerdo a los protocolos de la entidad |
| 2 | .Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado. |
| 3 | .Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento |
| 4 | .Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud |
| 5 | .Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. |
| 6 | .Informé al profesional de enfermería o al medico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. |
| 7 | .Realicé la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados |
| 8 | .Realicé los registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el área correspondiente. |
| 9 | .Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales |
| 10 | .Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil |
| 11 | .Realicé seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia básica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes |
| 12 | Cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad. |
| 13 | .Realicé la desinfección y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal |
| 14 | .Solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado. |
| 15 | .Recibí y entregue el paciente al profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino. |
| 16 | .Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme |
| 17 | .Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada. |
| 18 | .Informé al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente. |
| 19 | .Mantuve en reserva de la historia clínica de los pacientes |
| 20 | .Realicé las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. |
| 21 | .Notifiqué el inicio y culminación de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos |
| 22 | .Recibí y entregue las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales |
| 23 | .Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora |
| 24 | .Utilicé el teléfono institucional para tramites de despacho y dando un buen uso. |
| 25 | .Cumplí con las recomendaciones de la arl en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5. |
| 26 | .Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad |
| 27 | .Realicé las actividades delegadas por e supervisor del 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)


| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 9497146252 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | NUEVA EPS | 2025/12/30 | \$ 130.500 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2025/12/30 | \$ 167.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/30 | \$ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 297.600 |

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 |  CARLOS ANTONIO AGUDELO DIAZ <i>PS_8192_2025_8806B0</i> <hr/> CARLOS ANTONIO AGUDELO DIAZ CC: 1033684025 |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE <i>PS_8192_2025_8806B0</i> <hr/> JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO |

Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$167,100 | \$0 | \$0 | \$167,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | \$167,100 | \$0 | \$0 | \$167,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$130,500 | \$0 | \$0 | \$130,500 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | \$130,500 | \$0 | \$0 | \$130,500 |
| TOTAL | | | | 1 | \$297,600 | \$0 | \$0 | \$297,600 |



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados | | | | | |

Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | |
|--------------------------|---|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> | PS 8192 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 8192 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |

< Evaluación de la Entidad Estatal >