

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	DAVID ALEXANDER ORTIZ CENTENO		<b>CC:</b>	1026283078
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	DAVID52724@HOTMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3183919365
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	TV 9 1C 48 ESTE		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DE BOGOTA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 015184369

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5696 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 5.513.940
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/06/09	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/15
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



DAVID ALEXANDER ORTIZ CENTENO  
 PS\_5696\_2025\_A0AE7C

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

DAVID ALEXANDER ORTIZ CENTENO

CC: 1026283078

CEL: 3183919365

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

**DAVID ALEXANDER ORTIZ CENTENO**

CON C.C N°

**1.026.283.078**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5696 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/09</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.785.561	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>270</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 33.777.988	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.513.940
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** OCHO (8) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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  | Garantiza que la prestación del servicio se realice dentro de los tiempos y parámetros de calidad establecidos por la institución.      |
| 2  | Asegura la continuidad del cuidado mediante el correcto diligenciamiento de formatos y registros de enfermería al inicio                |
| 3  | Desarrolla las funciones del perfil profesional de enfermería en la unidad renal, cumpliendo con órdenes médicas y planes               |
| 4  | Organiza al equipo de trabajo, asigna tareas, ejecuta y hace seguimiento de las órdenes médicas y gestiona los medicamentos             |
| 5  | Canaliza de manera oportuna los requerimientos del área asignada hacia la dependencia administrativa correspondiente                    |
| 6  | Sigue los lineamientos establecidos por la entidad, diligenciando informes y formatos requeridos para el desarrollo de las funciones.   |
| 7  | Asiste a actividades de formación conforme a la programación para actualizar y fortalecer sus competencias profesionales.               |
| 8  | Ejecuta las tareas asignadas de acuerdo con el cronograma definido para cumplir los objetivos del contrato.                             |
| 9  | Brinda orientación clara sobre el estado de salud del paciente, explicando riesgos, tratamientos y posibles complicaciones              |
| 10 | Cumple con todas las directrices, instructivos y manuales de la institución para asegurar un trabajo alineado con los estándares        |
| 11 | Aplica rigurosamente las normas de bioseguridad para proteger la salud de pacientes y personal.                                         |
| 12 | Reporta obligatoriamente eventos como infecciones o sucesos de seguridad que afecten la salud pública, conforme a la normativa vigente. |
| 13 | Realiza correctamente los procesos de traslado, referencia y contrarreferencia dentro de la red de servicios.                           |
| 14 | Participa en las actividades formativas convocadas por la Subred y entrega la certificación correspondiente.                            |
| 15 | Presenta evaluaciones programadas para medir el cumplimiento y comprensión de los procesos institucionales.                             |

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1078018150	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/15	\$ 204.300

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/15	\$ 261.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 39.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 505.600

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>DAVID ALEXANDER ORTIZ CENTENO</i> <i>PS_5696_2025_A0AE7C</i></p> <hr/> <p><b>DAVID ALEXANDER ORTIZ CENTENO</b> <b>CC: 1026283078</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>VANESSA CORREDOR GUZMAN</i> <i>PS_5696_2025_A0AE7C</i></p> <hr/> <p><b>VANESSA CORREDOR GUZMAN</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>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_5696_2025_A0AE7C</i></p> <hr/> <p><b>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>