

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ			CC:	5822778
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIOCESARLOPEZR@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3017150794
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12 169 50 MZ 36 CS 47 VILLAS DE ARANJUEZ			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	15369332969
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2068 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 7.200.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ PS_2068_2025_7709D4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ CC: 5822778 CEL: 3017150794					

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

JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ

CON C.C N°

5.822.778

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS 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 2068 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.085.056	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 90.187.904	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.200.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	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.		
21	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.		
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.		
32	REALICÉ 1 TURNO ADICONAL POR NECESIDADES DEL SERVICIO		
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° 9497898532	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/14	\$ 357.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/14	\$ 457.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/14	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 815.000
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



JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ

PS_2068_2025_7709D4

JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ

CC: 5822778

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PS_2068_2025_7709D4

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2081739749	9497898532	I	2026/01/21	2026/01/14	BANCOLOMBIA	0	\$884,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,859,336	\$457,500			\$2,859,336	\$357,500			\$0	\$0			\$2,859,336	\$69,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,859,336	\$457,500			\$2,859,336	\$357,500			\$0	\$0			\$2,859,336	\$69,700		\$0	\$0	
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$2,859,336	\$457,500			\$2,859,336	\$357,500			\$0	\$0			\$2,859,336	\$69,700		\$0	\$0	
1	CC 5822778	LOPEZ JULIO	230301	30	\$2,859,336	\$457,500	EPS005	30	\$2,859,336	\$357,500	0		\$0	\$0	14-11	30	\$2,859,336	\$69,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,859,336	\$457,500			\$2,859,336	\$357,500			\$0	\$0			\$2,859,336	\$69,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2081739749		9497898532	I	2026/01/21	2026/01/14	BANCOLOMBIA	\$884,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$457,500	\$0	\$0	\$457,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$457,500	\$0	\$0	\$457,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$69,700	\$0	\$0	\$69,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$69,700	\$0	\$0	\$69,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$357,500	\$0	\$0	\$357,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$357,500	\$0	\$0	\$357,500	
TOTAL				1	\$884,700	\$0	\$0	\$884,700	