

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ			CC:	7706071
CORREO ELECTRÓNICO:	FABB1977@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3168180388
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 150 A 101 20 TO 8 AP 102			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	22554220
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1999 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.087.500	
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				
 FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ PS_1999_2025_F893DA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ CC: 7706071 CEL: 3168180388					

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

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

CON C.C N°

7.706.071

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 1999 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.085.056	No. HORAS EJECUTADAS	189
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 90.357.684	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.087.500
--	---------------	---	--------------

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	1. REALICÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDAS DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE MI PROFESIÓN.
2	2. LLEVÉ REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE SURGIERON DURANTE EL TRASLADO.
3	3. CUMPLÍ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA.
4	4. REPORTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	5. IMPARTÍ INSTRUCCIONES A LA TRIPULACIÓN DE LA AMBULANCIA DESIGNADA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR AL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
6	6. DILIGENCIÉ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCIÓN BRINDADA.
7	7. INFORMÉ AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE EL TRASLADO A REALIZAR Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS AL MOMENTO DE REALIZAR DICHO TRASLADO.
8	8. CONOZCO Y DI CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SEGURA DE PACIENTES Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.
9	9. APOYÉ A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDÉ SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES, DE ACUERDO CON LA NATURALEZA CONTRACTUAL.
10	10. REALICÉ RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS.
11	11. APOYÉ EN LA RESPUESTA A QUEJAS O REQUERIMIENTOS OPORTUNAMENTE CUANDO CORRESPONDIÓ.
12	12. PROMOVÍ LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTIÓN AMBIENTAL Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS.
13	13. CUMPLÍ CON LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DISTRITALES DE RESPUESTA A EMERGENCIAS Y CADENA DE CUSTODIA.
14	14. HICE EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO EN EL FORMATO MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DÍAS DE CADA MES.
15	15. APOYÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
16	16. CUMPLÍ CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS, CUMPLIENDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN; EN LOS CASOS DE NOVEDADES INFORMÉ CON ANTICIPACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.
17	17. PARTICIPÉ EN LAS DIFERENTES REUNIONES, COMITÉS, RELACIONADOS CON ASUNTOS TANTO DEL ÁREA DE MEDICIA COMO DE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE LO REQUIRIERON.
18	18. PARTICIPÉ 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 DISMINUCIÓN EN LOS MISMOS.

19	19. MANTUVE AL DÍA MEDICAMENTOS DE CONTROL Y SOLICITÉ SU CAMBIO EN FECHA PRÓXIMA A VENCER O CUANDO FUERON UTILIZADOS POR EL PACIENTE.
20	20. VERIFIQUÉ ANTES DE COMENZAR EL TURNO EL ESTADO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUE HACEN PARTE DE LAS AMBULANCIAS E INFORMÉ SI SE REQUIERE CALIBRACIÓN O REPARACIÓN DE LOS MISMOS.
21	21. HICE RECEPCIÓN Y ENTREGA DEL PACIENTE AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y AL PROFESIONAL MÉDICO DE LA UNIDAD RECEPTORA, Y RECIBÍ DE PARTE DEL MÉDICO DE LA UNIDAD REMITENTE.
22	22. CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, REPORTÉ EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES, DATOS QUE SERVIÁN PARA FORMULAR ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO.
23	23. UTILICÉ EL TELÉFONO INSTITUCIONAL PARA TRÁMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDÍ POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.
24	24. CUMPLÍ CON LA RESPECTIVA AFILIACIÓN A LA ARL EN RELACIÓN AL RIESGO 4 CONTENIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.
25	25. ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS QUE SE PROGRAMARON DESDE LA ENTIDAD.
26	26. REALICÉ SEGUIMIENTO DIARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL Y REPORTÉ FALENCIAS.
27	27. UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES Y ORIENTADO A MI ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO.
28	28. REALICÉ LA NOTIFICACIÓN DEL INICIO Y CULMINACIÓN DE ACTIVIDADES A LA PERSONA ENCARGADA DEL PROCESO DE REFERENCIA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
29	29. RECIBÍ Y ENTREGUÉ LAS NOVEDADES Y EL VEHÍCULO ASIGNADO PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE ACUERDO CON LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD.
30	30. REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES AFINES AL CARGO QUE FUERON DELEGADAS POR EL 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° 9497995058	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/20	\$ 360.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/20	\$ 460.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/20	\$ 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



FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ
PS_1999_2025_F893DA

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ
CC: 7706071

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PS_1999_2025_F893DA

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 7706071		BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 150A # 101 - 20 Trr 8 Apto 102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3168180388	Si

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	2097164809	9497995058	I	2026/01/20	2026/01/20	NU	0	\$820,80

[illegible]

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$460,800	\$0	\$0	\$460,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$460,800	\$0	\$0	\$460,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$360,000	\$0	\$0	\$360,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$360,000	\$0	\$0	\$360,000
TOTAL				1	\$820,800	\$0	\$0	\$820,800