

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ		CC:	1013625007	
CORREO ELECTRÓNICO:	FABIANCORREA0902@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3135633614	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 106 SUR 7 43		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	469570016037

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8185 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
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		



HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
PS_8185_2025_0CC841

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ

CC: 1013625007

CEL: 3135633614

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ

CON C.C N° **1.013.625.007**

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **PS 8185 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **2025/12/09**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **623.473** **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **5.878.457** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **2.672.026**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS **DOS (2) MESES**

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA**

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)

Durante el mes de diciembre se dio cumplimiento oportuno y satisfactorio a las actividades asignadas dentro del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., desarrollando las siguientes funciones:

Se realizó sensibilización a los pacientes y sus familias sobre los derechos y deberes en salud, brindando orientación clara y promoviendo el uso adecuado de los servicios de hospitalización domiciliaria.

Se efectuaron visitas domiciliarias programadas, dando cumplimiento al plan de tratamiento ordenado por el médico tratante, garantizando la continuidad del cuidado, la correcta ejecución de los procedimientos asignados y el acompañamiento al paciente en su entorno familiar.

Se garantizó que la motocicleta utilizada para la prestación del servicio contara con maletero o alforjas en condiciones adecuadas, permitiendo el transporte seguro de los insumos requeridos para la atención domiciliaria.

Se presentó de manera escrita la propiedad del vehículo tipo motocicleta y/o la autorización del propietario, cumpliendo con los requerimientos contractuales para el transporte del personal y los insumos del programa.

Se mantuvo en regla y vigente la documentación exigida para la conducción, incluyendo certificado médico para conducir, licencia de conducción, documentos de propiedad de la motocicleta, certificado de gases y SOAT.

Se contó permanentemente con los elementos de seguridad y protección personal, tales como casco, chaleco reflectivo, rodilleras y canilleras, de acuerdo con la normatividad vigente.

Se asumió la responsabilidad del mantenimiento preventivo y correctivo de la motocicleta, así como el suministro del combustible necesario para el cumplimiento de las actividades asignadas.

Se dio cumplimiento a las normas de tránsito, transporte y manejo preventivo, garantizando desplazamientos seguros durante el desarrollo de las labores asistenciales.

Se participó activamente en los procesos de fortalecimiento de competencias, mediante la asistencia a cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Se garantizó la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de la información, protegiendo los datos de los pacientes y haciendo uso responsable de los aplicativos institucionales.

Se cumplió con las obligaciones asistenciales de acuerdo con la demanda del servicio, respondiendo oportunamente a los tiempos y necesidades de los centros de salud y hospitales que conforman la Subred.

Se portaron de manera visible los elementos institucionales, manteniendo una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

1

Se ejecutaron las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo con las necesidades del servicio y el objeto contractual en las diferentes unidades de la Subred.

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° 1077860051	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/07	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/07	\$ 2.278.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/07	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.490.700

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ

PS_8185_2025_OCC841

HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ

CC: 1013625007

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_8185_2025_OCC841

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



MARtha PATRICIA APONTE BERGARA

PS_8185_2025_OCC841

MARtha PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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