

PAGADO 11/02/2026

1. DATOS DEL APORTANTE

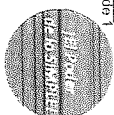
Nombre Social	LUIS GILARDO COBOS MANRIQUE		
Documento	CC1014206272	Dirección	CLL 65 A NO. 105 C 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4354543
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETAILLE DEL APORTANTE

[illegible]

COLLIERIES

	IBIC Pensione	IBIC Salario	IBIC Riesgos	IBIC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Bona	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Infr Educación	Incapacidades, AYP y PMAO EPS	Incapacidades AYP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORSA	TOTAL TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 216.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 489.100	\$ 0	\$ 489.100



DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS GERARDO COBOS MANRIQUE			CC:	1014206272
CORREO ELECTRÓNICO:	GERARDO-C14@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3125879044
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65 A 105 C 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	97808689
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1986 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.136.960	
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				
 LUIS GERARDO COBOS MANRIQUE PS_1986_2025_E76F17 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS GERARDO COBOS MANRIQUE CC: 1014206272 CEL: 3125879044					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUIS GERARDO COBOS MANRIQUE

CON C.C N° 1.014.206.272

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) 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 1986 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.684.800	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.847.452	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.136.960
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. RECIBÍ Y ENTREGUE TURNO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD.
2	2. CONTROLE 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 REGISTRANDOLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL TRASLADO.
3	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	4. REALICÉ ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
5	5. NOTIFIQUÉ INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDOS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL APLICATIVO DISPUESTO PARA ELLO.
6	6. INFORMÉ AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y/O AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.
7	7. REALICÉ LA LISTA DE CHEQUEO INSTAURADA EN LA SUBRED, VERIFICANDO CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER TRASLADADOS.
8	8. REALICÉ REGISTROS CLÍNICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS CASILLAS CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995/1999, ENTREGANDO EL SOPORTE EN UN TERMINO NO MAYOR A 24 HORAS EN EL ÁREA CORRESPONDIENTE.
9	9. CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.
10	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 MOVIL.
11	11. EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO LO REALICÉ EN LOS FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DÍAS DE CADA MES.
12	12. APLIQUÉ, ACATÉ Y CUMPLÍ CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIÁS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
13	13. REALICÉ LA DESINFECCIÓN Y REGISTRO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES, ASEO RUTINARIO POR TURNO Y FINES DE SEMANA DESINFECCIÓN TERMINAL Y DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA ELLO Y SEGÚN PATOLOGÍA DEL PACIENTE.
14	14. REPUSE EN FARMACIA LOS INSUMOS UTILIZADOS POR EL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
15	15. RECIBÍ Y ENTREGUE AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA UNIDAD DE ORIGEN Y DE DESTINO.
16	16. UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A SU ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO.
17	17. OFRECÍ UN TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.
18	18. IMPARTÍ EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

19	19. MANTUVÉ LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.
20	20. EJERCÍ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
21	21. REALICÉ LA NOTIFICACIÓN DEL INICIO Y CULMINACIÓN DE ACTIVIDADES A LA PERSONA ENCARGADA DEL PROCESO DE REFERENCIA Y AL EQUIPO DE TRASLADO DE LA CENTRAL DE REFERENCIA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
22	22. RECIBÍ Y ENTREGUE LAS NOVEDADES Y EL VEHÍCULO ASIGNADO PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD.
23	23. CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRÁN PARA FORMULA ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO.
24	24. UTILICE EL TELÉFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.
25	25. CONOCÍ Y CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES QUE LA ARL Y/O ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RECOMIENDEN CON OCASIÓN A LA REALIZACIÓN DE SU ACTIVIDAD CONTRACTUAL QUE LO CLASIFIQUE COMO RIESGO 4 O 5. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.
26	26. ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
27	27.LAS DEMÁS ACTIVIDADES AFINES AL CARGO QUE SEAN 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° 1077978843	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/06	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LUIS GERARDO COBOS MANRIQUE PS_1986_2025_E76F17 LUIS GERARDO COBOS MANRIQUE CC: 1014206272
--------------------------------	--

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PS_1986_2025_E76F17

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO