

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO	CC:	80112684		
CORREO ELECTRÓNICO:	DJBELTRAN2710@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3015365412		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 28a sur No 1a 61	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008188140001

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5264 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.136.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
PS_5264_2025_CC37F1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

CC: 80112684

CEL: 3015365412

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

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

CON C.C N°

80.112.684

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REFERENCIA) 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 5264 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/28
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.609.520	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.902.140	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.136.960
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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 | SE RECIBIÓ Y SE ENTREGÓ TURNO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD |
| 2 | SE CONTROLÓ LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES TRASLADADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN CONDICION CLINICA INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL TRASLADO. |
| 3 | SE ORIENTÓ A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA, SEGUN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO. |
| 4 | SE REALIZÓ ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. |
| 5 | SE NOTIFICÓ INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDOS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL APLICATIVO DISPUESTO PARA ELLO. |
| 6 | SE INFORMÓ AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. |
| 7 | SE REALIZÓ LA LISTA DE CHEQUEO INSTAURADA EN LA SUBRED, VERIFICANDO CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER TRASLADADOS. |
| 8 | SE REALIZÓ LOS REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS CASILLAS CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995/1999, ENTREGANDO EL SOPORTE EN UN TERMINO NO MAYOR A 24 HORAS EN EL AREA CORRESPONDIENTE. |
| 9 | SE DIÓ CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES. |
| 10 | SE RESPONDIÓ POR LOS INVENTARIOS, LA CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA CAMILLA DE LA MOVIL. |
| 11 | SE CUMPLIÓ CON EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO SE REALIZARA EN LOS FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DIAS DE CADA MES. |
| 12 | SE APLICÓ, SE ACATÓ Y SE LE DIÓ CUMPLIMIENTO CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO. |
| 13 | SE REALIZÓ LA DESINFECCION Y REGISTRO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES, ASEO RUTINARIO POR TURNO Y FINES DE SEMANA DESINFECCION TERMINAL Y DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA ELLO Y SEGUN PATOLOGIA DEL PACIENTE |
| 14 | SE REPUSO EN FARMACIA LOS INSUMOS UTILIZADOS POR EL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO. |
| 15 | SE RECIBIÓ Y SE ENTREGÓ EL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA UNIDAD DE ORIGEN Y DE DESTINO. |
| 16 | SE UTILIZÓ UN VESTUARIO ACORDE A SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A SU ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO |
| 17 | SE DIÓ UN TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. |
| 18 | SE IMPARTIÓ EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE. |

19	SE MANTUVO LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.
20	SE EJERCIERON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
21	SE REALIZÓ LA NOTIFICACION DEL INICIO Y CULMINACION DE ACTIVIDADES A LA PERSONA ENCARGADA DEL PROCESO DE REFERENCIA Y AL EQUIPO DE TRASLADO DE LA CENTRAL DE REFERENCIA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACION ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
22	SE RECIBIÓ Y SE ENTREGÓ 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.
23	SE CONOCIÓ Y SE DIÓ CUMPLIMIENTO LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRAN PARA FORMULA ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO.
24	SE UTILIZÓ EL TELEFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.
25	SE CONOCIÓ Y SE CUMPLIÓ CON LAS RECOMENDACIONES QUE LA ARL Y/O AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RECOMIENDEN CON OCASION A LA REALIZACION 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	SE ASISTIÓ Y SE PARTICIPÓ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD. 27.LAS DEMAS ACTIVIDADES AFINES AL CARGO QUE SEAN DELEGADAS POR ELSUPERVISOR 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° 1078056175	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/10	\$ 177.937
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/10	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/10	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.697


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	
	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO PS_5264_2025_CC37F1 CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

CC: 80112684

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PS_5264_2025_CC37F1

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO