

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO		CC:	1032376556	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIEGOTRABAJO8612@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3184013079	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 53 SUR 60 60		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008090531487

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7906 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.235.893
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



*DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO*  
*PS\_7906\_2025\_3E78E3*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO

CC: 1032376556

CEL: 3184013079

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

**DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO**

**CON C.C N° 1.032.376.556**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7906 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/11/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.161.506	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>181</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 19.317.360	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.235.893
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
-------------------------------	--------------------------------

**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.- DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS SEGUN CRONOGRAMA 14 TURNOS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPAR EN LA ENTREGA Y RECEPCION DE LA MOVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS. REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACION DE COORDINACION INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL E INDEPENDIENTE.  |
| 2 | 2. REALICÉ LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA: FALLIDOS 8, VALORACIONES Y TRASLADOS 31, DESISTIMIENTO 3, EVENTOS 6 Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. |
| 3 | 3. ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO SEAN REQUERIDOS, IGUALMENTE RESPONDER Y ASISTIR A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE.   |
| 4 | 4. TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA EN 12 PREOPERACIONALES CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS).   |
| 5 | 5. REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE ESTOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH, CADA QUE LA MÓVIL QUEDE NO OPERATIVA O SE TERMINE EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA.  |
| 6 | 6. PROPUCÉ LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.   |
| 7 | 7. LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE 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?

		<b>X</b>	
<b>3</b>	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
<b>4</b>	¿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?	<b>X</b>	
<b>5</b>	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 6011102077	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/15	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 499.100</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO</i> <i>PS_7906_2025_3E78E3</i> <hr/> <b>DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO</b> <b>CC: 1032376556</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7906_2025_3E78E3</i> <hr/> <b>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>