

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO JAVIER RUBIANO BACA		CC:	80825616	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIEGOJAVIERRUBIANO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3012073638	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 37 33 45		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488426704737

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3433 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.729.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



DIEGO JAVIER RUBIANO BACA
PS_3433_2026_DFA7B9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIEGO JAVIER RUBIANO BACA

CC: 80825616

CEL: 3012073638

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

DIEGO JAVIER RUBIANO BACA

CON C.C N°

80.825.616

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3433 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.984.920	No. HORAS EJECUTADAS	132
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.984.920	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.729.200
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

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)

- | ITEM | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES |
|------|--|
| 1 | 1. Realicé el recibo y la entrega de turno conforme a los protocolos vigentes de la entidad, notificando oportunamente al referente de referencia cualquier novedad ocurrida durante la prestación del servicio |
| 2 | 2. Controlé y registré los signos vitales de los pacientes trasladados, informando cualquier alteración al médico receptor y realizando actividades de enfermería que previnieron acciones inseguras durante la prestación del servicio. |
| 3 | 3. Realicé el control, conservación y registro adecuado de los equipos, insumos y camilla de la ambulancia, utilizando los formatos institucionales mi-ur-ft-032 y mi-ur-ft-033 según los protocolos de los primeros 7 días del mes. |
| 4 | 4. Elaboré la historia clínica conforme a la normativa colombiana vigente (resolución 1995 de 1999) y utilicé el formato de registro de atención mi-ur-ft-017, así como la lista de chequeo mi-ur-ft-015, asegurando claridad y exactitud en la información. |
| 5 | 5. Realicé la limpieza, desinfección y el registro en los formatos institucionales; efectué el aseo rutinario por turno y llevé a cabo la desinfección terminal durante los fines de semana bajo el protocolo establecido |
| 6 | 6. Recibí y entregué al paciente ante el profesional de enfermería o médico correspondiente, brindando atención adecuada tanto al paciente como a su familia y manteniendo el respeto por la dignidad humana |
| 7 | 7. Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente, y reporté oportunamente los eventos adversos e incidentes encontrados. |
| 8 | 8. Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones y espacios técnico-científicos programados por la entidad |
| 9 | 9. Comunicué oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pudiera impactar el cumplimiento de las obligaciones para garantizar la continuidad en la prestación del servicio. |
| 10 | 10. Garanticé el uso correcto del radio de comunicaciones, mantuve comunicación constante con la base e informé de manera precisa cualquier novedad o incidente al inicio, desarrollo y final de cada turno. |
| 11 | 11. Desarrollé las demás actividades relacionadas con el cargo que me fueron asignadas 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503136199	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/16	\$ 220.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/16	\$ 218.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/16	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 439.100



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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>DIEGO JAVIER RUBIANO BACA</i> <i>PS_3433_2026_DFA7B9</i></p> <hr/> <p>DIEGO JAVIER RUBIANO BACA CC: 80825616</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> <i>PS_3433_2026_DFA7B9</i></p> <hr/> <p>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80825616		RUBIANO BACA DIEGO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 37 33 45 CUIDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	57668040	9503136199	I	2026/04/08	2026/04/16	BANCO DE OCCIDENTE	8	\$544,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	80825616	RUBIANO DIEGO	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80825616		RUBIANO BACA DIEGO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 37 33 45 CUIDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	57668040	9503136199	I	2026/04/08	2026/04/16	BANCO DE OCCIDENTE	8	\$544,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,600	\$0	\$281,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,600	\$0	\$281,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$3,100	\$0	\$544,900	