

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN NICOLAS REIMUNDO CORREDOR VARGAS		CC:	79276985	
CORREO ELECTRÓNICO:	NCLSCORREDOR@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3014319124	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 94A # 61 - 05 CASA 68		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870191923

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2821 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.237.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JUAN NICOLAS REIMUNDO CORREDOR VARGAS
PS_2821_2026_C559E7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN NICOLAS REIMUNDO CORREDOR VARGAS

CC: 79276985

CEL: 3014319124

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

JUAN NICOLAS REIMUNDO CORREDOR VARGAS

CON C.C N° 79.276.985

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL 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 2821 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 28.338.960 **No. HORAS EJECUTADAS** 190

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 31.081.440 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 7.237.100

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) 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)

- | | |
|----|--|
| 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 | .Realicé la elaboración de la historia clínica conforme a la normativa colombiana vigente, de acuerdo con la resolución 1995 de 1999 y utilizando el formato de registro de atención para traslado asistencial secundario (codigo: mi-ur-ft-017), así como el formato lista de chequeo traslado asistencial (mi-ur-ft-015), asegurando siempre la claridad y exactitud de la información registrada |
| 3 | .Brindé información y orientación al paciente y a su familia acerca de la condición clínica, los planes de manejo y las recomendaciones, así como resolver cualquier inquietud relacionada con el proceso de traslado. |
| 4 | .Asistí y participé de manera activa y comprometida en las capacitaciones, comités, reuniones y actividades de servicio organizadas por la oficina de referencia y contrarreferencia, así como por la dirección de urgencias |
| 5 | .Garanticé la confidencialidad de la información y la integridad de los registros clínicos. |
| 6 | .Realicé el control, conservación y registro adecuado de los equipos, insumos y camilla de la ambulancia, utilizando los formatos institucionales correspondientes y siguiendo los protocolos establecidos los primeros 7 primeros días del mes, formatos mi-ur-ft-032 ambulancia básica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada. |
| 7 | .Di Cumplimiento de la política de seguridad del paciente, así como reportar eventos adversos e incidentes |
| 8 | .Comuniqué oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pueda impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, con el fin de permitir la toma de decisiones adecuadas y garantizar la continuidad en la prestación del servicio. |
| 9 | .Recibí y entregue al paciente al profesional de enfermería y/o médico del servicio correspondiente, según la unidad de origen y destino, brindando atención adecuada tanto al paciente como a su familia, manteniendo el respeto por la dignidad humana. |
| 10 | .Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurándose de mantener una comunicación constante y fluida con la base. informar de manera oportuna y precisa cualquier novedad, incidente o situación relevante que ocurra durante la prestación del servicio, tanto al inicio como al final de cada turno, así como durante el desarrollo de las actividades asignadas. |
| 11 | .Desarrollé las demás actividades relacionadas con el cargo que sean asignadas por el supervisor 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?	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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 78810466	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/22	\$ 383.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/22	\$ 490.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/22	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 874.100

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JUAN NICOLAS REIMUNDO CORREDOR VARGAS
PS_2821_2026_C559E7

JUAN NICOLAS REIMUNDO CORREDOR VARGAS
CC: 79276985

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PS_2821_2026_C559E7

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79276985	JUAN NICOLAS PABLO REIMUNDO CORREDOR VARGAS	Calle 94 A # 61-05 casa 68 Barrio los Andes	6165450	nclscorredor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78810466	22/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,066,412	\$935.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	383.400	0		0		0	0	0	0	383.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	490.700	0	0	0	0	0	0		490.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	61.400	0	0	61.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	383.400	383.400
Pensión	1	490.700	490.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	61.400	61.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	935.500	935.500



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/>	PS 2821 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2821 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2821 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2821 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 2821 2026 CRP -9620.pdf	1 PS 2821 2026 CRP -9620.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2821 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2821 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:


JUAN NICOLAS PABLO REIMUNDO CORREDOR VARGAS

C.C. 79276985

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 23 de mayo de 2026



Luis Fernando Joya Joya
C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano