

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>PABLO ANDRES PATIÑO AVILA</b>		<b>CC:</b>	<b>1033739610</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>PABLOANDRESPV25@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3138485456</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 46 C SUR #27-57</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO CAJA SOCIAL</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>24075840859</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 2268 2026</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 2.866.500</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/06/30</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31</b>		



*PABLO ANDRES PATIÑO AVILA*  
*PS\_2268\_2026\_9960B4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**PABLO ANDRES PATIÑO AVILA**

**CC: 1033739610**

**CEL: 3138485456**

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

**PABLO ANDRES PATIÑO AVILA**

**CON C.C N° 1.033.739.610**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2268 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.114.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>234</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.406.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.866.500
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	NATALY DUQUE SALAZAR
-------------------------------	----------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	<p>1. Se recibió y entregó turno informando pendientes y novedades de pacientes de los servicios asignados, trámites en gestión, así mismo se entregó inventario de elementos asignados; 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, condiciones de seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío y cuidado de su intimidad) 3. Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna y con las condiciones de bioseguridad y conservación adecuadas; 4. Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.); 5. Se trasladaron los equipos menores, velando por la integridad y seguridad de los mismos; 6. Se trasladaron insumos médico-quirúrgicos desde farmacia al servicio de acuerdo a la necesidad del servicio; 7. Se respondió por el inventario que se le había asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad; 8. Se realizó la limpieza y desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al Manual; 9. Se asumió de forma responsable y respetuosa la relación laboral con compañeros; 10. Se conservó, mantuvo y garantizó la reserva legal de la historia clínica; 11. Se asistió a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, conforme a sus actividades; 13. Se informaron daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes; 15. Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin, conservando el cuidado e integridad del paciente; 16. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura; 19. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando una atención humanizada y conservando el respeto por la dignidad humana; 20. Se participó en las actividades de código rojo, código azul, rutas de atención y demás atenciones donde se requirió; 21. Se cumplió con el protocolo de gestión de hemocomponentes de acuerdo a su perfil; 22. Se ejercieron las actividades asignadas de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio; 23. Se portó el carné de identificación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y se usó el uniforme establecido por la institución durante la ejecución de las actividades contractuales; 24. Se cumplió con el diligenciamiento y entrega oportuna de la hoja de ruta; 25. Se dio cumplimiento a guías y protocolos de prevención de infecciones y seguridad del paciente; 26. Se cumplió con protocolos institucionales donde se incluyó recibo y entrega de turno, traslado de paciente y sujeción terapéutica; 27. Se atendió el llamado.</p>
---	---

**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.**

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------	-----------------------------------	-----------	-----------

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° 9503292784	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/13	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 541.800


**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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>	 <b>PABLO ANDRES PATIÑO AVILA</b> PS_2268_2026_9960B4 <hr/> <b>PABLO ANDRES PATIÑO AVILA</b> <b>CC: 1033739610</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO</b> PS_2268_2026_9960B4 <hr/> <b>LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <b>NATALY DUQUE SALAZAR</b> PS_2268_2026_9960B4 <hr/> <b>NATALY DUQUE SALAZAR</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>
--	---