

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA			CC:	1018490206
CORREO ELECTRÓNICO:	omargama97@outlook.com			TELÉFONO:	3015965756
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 24 SUR 5 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	475070023654
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7920 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 471.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA PS_7920_2025_03C2EE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA CC: 1018490206 CEL: 3015965756					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA

CON C.C N°1.018.490.206

OBJETO DEL CONTRATO:	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
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7920 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/12
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$1.368.954	No. HORAS EJECUTADAS	36
----------------------------	-------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$19.285.682	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$471.600
--	--------------	---	-----------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE ESE PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN NHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
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 REGLADOR 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 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (REGISTROS DE ATENCIONES Y REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA.
4	TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA 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). (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX
5	REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH
6	PROPUCÉ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.
7	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE APH VIGENTE

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° 9503203524	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/05/20	\$ 221.300	
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/20	\$ 283.299	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/20	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 504.599	

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	 OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA PS_7920_2025_03C2EE OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA CC: 1018490206
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7920_2025_03C2EE DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																													
Identificación		dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																																				
CC 1018490206			GAITAN MAHECHA OMAR HERNAN					INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				diagonal 50 suR 13 A 04 ESTE			BOGOTA-BOGOTA D.E.				5555555	No																																				
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																													
Periodo		Clave					Tipo		Fecha				Pago																																																
Pensión	Salud	Pago			Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco				Dias Mora		Valor																																										
2026-04	2026-04	323785570			9503203524		I		2026/05/05		2026/05/20		BANCO DAVIVIENDA				15		\$504,600																																										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																													
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																															
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			No
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			No
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			No
1	CC	1018490206	GAITAN OMAR																		230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0			No																		
Total		Afiliados(1)																						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			No													

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$3,100	\$0	\$283,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$3,100	\$0	\$283,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,400	\$0	\$221,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$2,400	\$0	\$221,300
TOTAL				1	\$499,100	\$5,500	\$0	\$504,600

Saldo de pagos y Saldo de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	19.285.682,00 COP	-	-
Valor anticipado:	0,00 COP	0 %	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0 %	-
Valor facturado:	0,00 COP	0 %	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0 %	-
Valor pagado:	0,00 COP	0 %	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0 %	0 %
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0 %	0 %
Valor pendiente de ejecución:	19.285.682,00 COP	100 %	-
Valor pendiente de entrega:	19.285.682,00 COP	100 %	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7920 2025 CENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7920 2025 CENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7920 2025 CENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7920 2025 CENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7920 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	PS 7920 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7920 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7920 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7920 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7920 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle



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

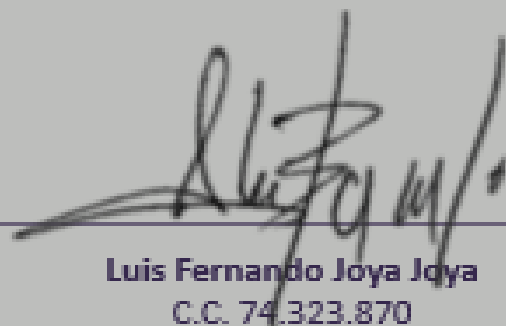
OMAR HERNAN GAITAN MAHECHA

C.C. 1018490206

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 1 de junio de 2026



Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano

[1788449075OG](#)