

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE JESUS ESCOBAR ALVARADO			CC:	80241084
CORREO ELECTRÓNICO:	joao.esco27@gmail.com			TELÉFONO:	3222738596
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12C 15 15 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	023941029
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3929 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.358.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JOSE JESUS ESCOBAR ALVARADO PS_3929_2026_53EB21 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE JESUS ESCOBAR ALVARADO CC: 80241084 CEL: 3222738596					

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

JOSE JESUS ESCOBAR ALVARADO

CON C.C N°

80.241.084

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 3929 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/29
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.599.040	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.152.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.358.000
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	.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	.Controlé y registré los signos vitales de los pacientes trasladados, informando cualquier alteración al médico receptor del paciente y realizando actividades de enfermería que prevengan acciones inseguras durante la prestación del servicio
3	.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 días del mes, Formatos MI-UR-FT-032 ambulancia básica y MI-UR-FT-033 ambulancia medicalizada
4	.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 (código: MI-UR-FT-017), así como la elaboración de los demás documentos requeridos para el traslado de pacientes, incluyendo el Formato lista de Chequeo Traslado Asistencial (MI-UR-FT-015), asegurando siempre la claridad y exactitud de la información registrada
5	.Realicé la limpieza y desinfección y el registro en los formatos institucionales, efectuar el aseo rutinario por turno, y durante los fines de semana llevar a cabo la desinfección terminal conforme al protocolo establecido y según la patología del paciente
6	.Recibí y entregue el 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
7	.Di Cumplimiento de la política de seguridad del paciente, así como reportar eventos adversos e incidentes
8	.Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones y espacios técnico-científicos programados por la entidad.
9	.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
10	.Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurándose de mantener una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones o 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9505736273	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/01	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/01	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100
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 ningún 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	 JOSE JESUS ESCOBAR ALVARADO PS_3929_2026_53EB21 JOSE JESUS ESCOBAR ALVARADO CC: 80241084		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3929_2026_53EB21 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

 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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS 3929 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3929 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 80241084		ESCOBAR ALVARADO JOSE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 # 30A - 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8413524	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	355425916	9505736273	I	2026/06/06	2026/06/01	BANCO DE BOGOTA	0	\$499.100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0						\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC 80241084	ESCOBAR JOSE	230301	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EPS017	30	\$ 1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80241084		ESCOBAR ALVARADO JOSE JESUS		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CRA 1 # 30A - 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8413524	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-05	2026-05	9505736273	355425916	I	2026/06/06	2026/06/01	BANCO DE BOGOTA	0	\$499.100	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL					1	\$499,100	\$0	\$0	\$499.100	