

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ARTURO ESPITIA MOYA			CC:	1013676436
CORREO ELECTRÓNICO:	CARLOSPATRICK666@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3132290414
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3A ESTE 46A 10 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24096728468
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3847 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.209.500	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 CARLOS ARTURO ESPITIA MOYA PS_3847_2026_C26380 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS ARTURO ESPITIA MOYA CC: 1013676436 CEL: 3132290414					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARLOS ARTURO ESPITIA MOYA

CON C.C N°1.013.676.436

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL CONVENIO APH 8523636 2025
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3847 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$7.965.214	No. HORAS EJECUTADAS	245
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$7.965.214	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.209.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y CATORCE (14) DIAS		

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	1 DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. 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	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	3 ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA.
4	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	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	ADMINISTRATIVO DE APH 6 PROPENDÍ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.
7	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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9507169654	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/06/30	\$ 222.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/30	\$ 284.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/30	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 506.600

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	 CARLOS ARTURO ESPITIA MOYA PS_3847_2026_C26380 CARLOS ARTURO ESPITIA MOYA CC: 1013676436
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3847_2026_C26380 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO