

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA			CC:	1023940422
CORREO ELECTRÓNICO:	KEWINTRIVINO1995@GMAIL.COM			TELÉFONO:	SIN DATO
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 70C 68 SUR 33			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488452122333
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4395 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 588.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/26 AL 2026/06/30				
 KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA PS_4395_2026_0C74DA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA CC: 1023940422 CEL: SIN DATO					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA

CON C.C N° 1.023.940.422

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4395 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/25
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.734.200	No. HORAS EJECUTADAS	48
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.734.200	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 588.000
--	--------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y SEIS (6) DIAS
---	----------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
---	-------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR
------------------------	----------------------

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.recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. 2. traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad. 3. trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna. 4. usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos. 5. tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.). 6. trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. 7. responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad. 8. realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo. 9. asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. 10. conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica 11. asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades. 12. mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo. 13. informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. 14. informar oportunamente al referente del proceso inconveniente que se presenten con pacientes, muestras y equipos. 15. trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin. 16. realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio. 17. tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, etc. 18. dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la entidad. 19. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. 20. participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes. 21. realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. 22. ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. 23. realizar el uso de uniforme de acuerdo al protocolo institucional. 24.cumplir con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta. 25.apoyar actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (medicamentos, dispositivos e insumos). 26. portar el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred. 27. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales
---	--

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 (2026-06-26) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA PS_4395_2026_0C74DA KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA CC: 1023940422
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ANA CELIA GARCIA GARCIA PS_4395_2026_0C74DA ANA CELIA GARCIA GARCIA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 NATALY DUQUE SALAZAR PS_4395_2026_0C74DA NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 11/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA		
Documento	CC1023940422	Dirección	TV 70C #68 SUR - 33
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3045584863
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023940422	KEWIN YON FREDY TRIVIÑO GARCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 3.000	\$ 544.800