

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PABLO ANDRES PATIÑO AVILA			CC:	1033739610
CORREO ELECTRÓNICO:	PABLOANDRESPV25@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3138485456
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 46 C SUR #27-57			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24075840859
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2268 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.499.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30				
<div><div><div>PABLO ANDRES PATIÑO AVILA PS_2268_2026_C3B302</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PABLO ANDRES PATIÑO AVILA CC: 1033739610 CEL: 3138485456</div></div>					

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

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 2268 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.114.000	No. HORAS EJECUTADAS	204
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 24.193.750	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.499.000
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

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.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.
---	---

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9509669914	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 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, 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	<div><div>PABLO ANDRES PATIÑO AVILA PS_2268_2026_C3B302</div><hr/>PABLO ANDRES PATIÑO AVILA CC: 1033739610</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO PS_2268_2026_C3B302</div><hr/>LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>NATALY DUQUE SALAZAR PS_2268_2026_C3B302</div><hr/>NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		