

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS JAVIER BELTRAN				
Documento	CC80112684			Dirección	CLL 28A SUR N 1A - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3015365412
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal				Identificación	
Total Afiliados	1			ARP	NINGUNA ARP

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	VSP	COR	VST	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 80112684	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO	03	00																0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800

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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800	\$ 0	\$ 405.800

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO			CC:	80112684	
CORREO ELECTRÓNICO:	DJBELTRAN2710@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3015365412	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 28a sur No 1a 61			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008188140001	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5264 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.869.840					



CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
PS_5264_2025_28CADA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
CC: 80112684
CEL: 3015365412

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

CON C.C N° 80.112.684

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REFERENCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5264 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/28
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.609.520	No. HORAS EJECUTADAS	168
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.689.900	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.869.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

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	REPUCÉ EN FARMACIA LOS INSUMOS UTILIZADOS POR EL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
2	RECIBÍ Y ENTREGUÉ AL PACIENTE A LA ENFERMERA DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA UNIDAD DE ORIGEN Y DE DESTINO.
3	REALICÉ EL CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS
4	PORTÉ EL UNIFORME DE FORMA ADECUADA TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN PERSONAL
5	OFRECÍ TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA
6	IMPARTÍ EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE
7	MANTUVÉ LA RESERVÉ DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES
8	EJERCÍ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO
9	CONOCÍ Y CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES QUE LA ARL Y/O AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RECOMIENDEN CON OCASION A LA REALIZACION DE SU ACTIVIDAD CONTRACTUAL QUE LO CLASIFIQUE COMO RIESGO 4 O 5. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
10	RECIBÍ Y ENTREGUÉ EL TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD
11	CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRÁN PARA FORMULA ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO
12	UTILICÉ EL TELÉFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO
13	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
14	RECIBÍ Y ENTREGETURNO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD
15	CONTROLÉ LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES TRASLADADOS DENTRO DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGÚN CONDICIÓN CLÍNICA INFORMANDO AL MÉDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRÁNDOLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL TRASLADO
16	ORIENTÉ A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNÓSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGÍA REQUERIDA, SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO
17	REALICÉ ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
18	NOTIFIQUÉ INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDOS A SUS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL APLICATIVO DISPUESTO PARA ELLO
19	INFORMÉ A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y MÉDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA

20	REALICÉ LA LISTA DE CHEQUEO INSTAURADA EN LA SUBRED, VERIFICANDO CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER TRASLADADOS
21	MANTUVÉ LIMPIA Y ORDENADA LA AMBULANCIA ASIGNADOS DURANTE EL TURNO
22	CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES
23	CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.11. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA CAMILLA DE LA MÓVIL
24	RESPONDÍ POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA CAMILLA DE LA MÓVIL
25	APLIQUÉ, ACATÉ Y CUMPLÍ CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO
26	CONTÉ CON LA DISPOSICIÓN DE ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD
27	REALICÉ LA DESINFECCIÓN OPORTUNA DE LA CAMILLA DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA ELLO Y SEGÚN PATOLOGÍA DEL PACIENTE

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1074016745	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

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 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	<div><div>CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO PS_5264_2025_28CADA</div><div>CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO CC: 80112684</div></div>
--------------------------------	---



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PS_5264_2025_28CADA

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**