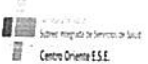
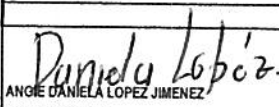
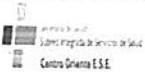


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br><b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b><br><b>FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CÓDIGO:</b> AP-IA-FT-077<br><b>VERSIÓN:</b> 2<br><b>FECHA:</b> 2024-09-16 |                                         |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y</b><br><b>ANGIE DANIELA LOPEZ JIMENEZ</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| <b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.000.974.748                                                                |                                         |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                                                                                  |                                                                              |                                         |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 1933 2024                                                                 | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> 21/01/2024 |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 4.534.640                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>                                            | DOS (02) MESES                          |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 24.637.500                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>                             | \$ 1.736.280                            |
| <b>Nº DE INFORME:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Nº CRP:</b>                                                               | 13897                                   |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    | 11 MESES Y 10 DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              |                                         |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                        |                                         |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20                        |                                         |
| <b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| <b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>                                                  | 6                                       |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2.757.447                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 945                                                | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 21715         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2.560.449                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 1269                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 24338         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2.782.620                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 1614                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 27957         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2.714.664                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 2202                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 33102         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 8.347.860                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 2614                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 37465         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 469.680                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 2786                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 39657         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 470.140                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 3756                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 46010         |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> \$ -                                               | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 0             |
| <b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| <b>Nº DE PÓLIZA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                              | <b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b> N/A    |
| <b>FECHA DE LA POLIZA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DD MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              | <b>FECHA DE APROBACIÓN:</b> N/A         |
| <b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| <b>ITEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 156 Horas para el mes de Octubre 2024                                                                                                                               |                                                                              |                                         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. ( recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería. |                                                                              |                                         |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.                                                                                                                                                   |                                                                              |                                         |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.                                                                                                                                                |                                                                              |                                         |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.                                                                                                                          |                                                                              |                                         |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.   |                                                                              |                                         |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.                                                                                                                                             |                                                                              |                                         |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.                                                            |                                                                              |                                         |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.                                                                                                            |                                                                              |                                         |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.                                                                                    |                                                                              |                                         |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.                             |                                                                              |                                         |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.                                                                                                                                                                                       |                                                                              |                                         |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |                                         |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.                                                                                                   |                                                                              |                                         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se cumplieron con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.                                             |                                                                              |                                         |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se recepción, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.                                                                                |                                                                              |                                         |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realizo limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.                                                                                                                                                        |                                                                              |                                         |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.                                                                                                                                                                                   |                                                                              |                                         |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.                                                                                                                                                                   |                                                                              |                                         |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area.                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |                                         |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de temo hidrometria del servicio.                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                         |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas.                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|--------------|
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado. |          |               |              |
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                      | 81167140 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                      | ENTIDAD  | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      | SANTAS   | 13/11/2024    | \$ 162.500   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                      | PORVENIR | 13/11/2024    | \$ 208.000   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                      | SURA     | 13/11/2024    | \$ 31.700    |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                      | CCF      | 13/11/2024    |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               | \$ 402.200   |
| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.<br>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 afiliación a eps, arl, pensión, rut)<br>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               |              |
| VII. ANEXOS<br>(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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               |              |
| <br>ANGIE DANIELA LOPEZ JIMENEZ<br>C.C: 1000974748<br>CEL: 3003562798                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |          |               |              |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y  
APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078  
VERSIÓN: 2  
FECHA: 2024-09-16

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

ANGIE DANIELA LOPEZ JIMENEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.000.974.748

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

|                                                          |                    |                    |                                              |                                |              |
|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS<br>PROFESIONALES No. |                    | PS 1933 2024       | FECHA INICIO CONTRATO                        |                                | 21/01/2024   |
| VALOR TOTAL DEL<br>CONTRATO INCLUIDO<br>ADICIONES:       | \$ 24.637.500      |                    | VALOR DE HONORARIOS<br>PERIODO A CERTIFICAR: |                                | \$ 1.736.280 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                 | 11                 | Nº CRP<br>INICIAL: | 13897                                        | Nº CDP INICIAL<br>DEL CONTRATO | 280          |
| PLAZO DEL CONTRATO<br>INCLUYENDO PRORROGAS               | 11 MESES Y 10 DIAS |                    |                                              |                                |              |

|                                                 |                       |           |             |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------|-------------|
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:     | 81167140              | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | ENFERMERIA            |           |             |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:   | 3BL HOSPITAL SAN BLAS |           |             |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                          | NATALY DUQUE SALAZAR  |           |             |

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| Nº DE MODIFICACION: | Nº 7         | TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA): |      |                   |       | ADICION 7          | PRORROGA 6                  |
|---------------------|--------------|--------------------------------------------|------|-------------------|-------|--------------------|-----------------------------|
| VALOR ADICIONADO    | \$ 2.757.447 | CDP DE LA                                  | 945  | RP DE LA          | 21715 | TIEMPO             | (1) UN MES                  |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 2.560.449 | CDP DE LA                                  | 1269 | RP DE LA          | 24338 | TIEMPO             | (1) UN MES                  |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 2.782.620 | CDP DE LA ADICION:                         | 1614 | RP DE LA ADICION: | 27957 | TIEMPO PRORROGADO: | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 2.714.664 | CDP DE LA                                  | 2202 | RP DE LA          | 33102 | TIEMPO             | (1) UN MES                  |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 8.347.860 | CDP DE LA                                  | 2614 | RP DE LA          | 37465 | TIEMPO             | (3) TRES MESES              |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 469.680   | CDP DE LA                                  | 2786 | RP DE LA          | 39657 | TIEMPO             |                             |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 470.140   | CDP DE LA                                  | 3756 | RP DE LA          | 46010 | TIEMPO             | (2) DOS MESES               |
| VALOR ADICIONADO    | \$ -         | CDP DE LA                                  | 0    | RP DE LA          | 0     | TIEMPO             |                             |
| VALOR ADICIONADO    |              | CDP DE LA ADICION:                         |      | RP DE LA ADICION: |       | TIEMPO PRORROGADO: |                             |
| VALOR ADICIONADO    |              | CDP DE LA ADICION:                         |      | RP DE LA ADICION: |       | TIEMPO PRORROGADO: |                             |
| VALOR ADICIONADO    |              | CDP DE LA ADICION:                         |      | RP DE LA ADICION: |       | TIEMPO PRORROGADO: |                             |
| VALOR ADICIONADO    |              | CDP DE LA ADICION:                         |      | RP DE LA ADICION: |       | TIEMPO PRORROGADO: |                             |

III. POLIZAS (SI APLICA)

|                    |            |                           |    |
|--------------------|------------|---------------------------|----|
| Nº DE PÓLIZA:      | XX         | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | XX |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE    | XX |

IV. 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/11/2024) AL (30/11/2024)

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

NATALY DUQUE SALAZAR  
Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria

WENDY CORDOBA MOLANO  
Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria

Angela Constanza Moreno  
C.C. 52519936  
Enfermero Jefe



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-LA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

|                      |                             |            |            |
|----------------------|-----------------------------|------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANGIE DANIELA LOPEZ JIMENEZ | CC:        | 1000974748 |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | DAMIELAAALOPEZ13@GMAIL.COM  | RUT (NIT): |            |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 8 ESTE 30 41 SUR         | TELÉFONO:  | 3003562798 |
|                      |                             | CIUDAD:    | BOGOTÁ     |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| NO tomaré costos y deducciones | ( X ) |
| SI tomaré costos y deducciones | ( )   |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

SI ( )

NO ( X )

|                                                                                            |            |                 |         |            |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|---------|------------|------------------|
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                   | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 0550488423941175 |
| NOMBRE DEL BANCO<br>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE<br>ENCUENTRE EN LA LISTA<br>DESPLÉGABLE) |            |                 |         |            |                  |

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

|                                                                                         |                                                                        |                                   |            |                                                          |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| N° DEL CONTRATO:                                                                        | PS 1933 2024                                                           | 3756                              | N°. RP:    | 46010                                                    | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                | 21/01/2024                                                             | FECHA DE TERMINACIÓN<br>CONTRATO: | 31/12/2024 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO<br>INCLUIDO ADICIONES: 24637500 |                                                                |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                | DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024                                           |                                   |            |                                                          |                                                                |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO EN<br>(LETRAS Y NUMEROS) | S 1.736.280                                                            |                                   |            |                                                          |                                                                |
|                                                                                         | UN MILLON SETECIENTOS TRENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE |                                   |            |                                                          |                                                                |

*Daniela López*

ANGIE DANIELA LOPEZ JIMENEZ

1000974748

3003562798

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |           |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMES/ANO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                         |                 |           |     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 |           |     |
| 2024-10              | 2024-10                          | I             | 13/11/2024              | 81167140        | \$402,200 |     |

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           | No. Afiliados         |                |               |   |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar |   |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |   |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 162.500       | 1 |

[illegible]

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |              |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|--------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportas Oros | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |              |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 889803790-5 | 31,700                 |                  |       |              | 31,700                | 0         | 0                     | 31,700              |                            |                     | 317               | 31,700        | 1             |

| TOTALES CUAS |        |     |              |               |
|--------------|--------|-----|--------------|---------------|
| Código CCF   | Nombre | NTT | Valor Aporte | No. Afiliados |
|              |        |     |              |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reprofitas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162,500                             | 162,500 ✓     |
| Pensión                | 1                              | 208,000                             | 208,000 ✓     |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31,700                              | 31,700 ✓      |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 402,200                             | 402,200 ✓     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |                          |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            | DIRECCIÓN                | TELÉFONO                            |
| CC                  | 1000974748        | ANGIE DANIELA LOPEZ JIVENEZ | Carrera Betle #30-41 sur | 3631379                             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO                   | DEPARTAMENTO                        |
| UNICA               | I - Independiente |                             |                          | BOGOTÁ D.C.                         |
|                     |                   |                             |                          | CIUDAD / MUNICIPIO                  |
|                     |                   |                             |                          | BOGOTÁ D.C.                         |
|                     |                   |                             |                          | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |                          | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PARA ASOCIADA (DIAMENSAÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMENSAÑO) | NÚMERO PLANILLA |
|                      |                                  |               |                         |                 |
| PERIODO SALUD        | 2024-10                          | 2024-10       | 13/11/2024              | 81167140        |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                         | \$402.200       |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |                             |  |  |  |  |  |  |  |  | PENSION |         |           |            | SALUD                |                      | RIESGOS LABORALES               |         |         |                       | CCF      |         |            |            | PARAFISCALES |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|------------|-----------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---------|-----------|------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|---------|---------|-----------------------|----------|---------|------------|------------|--------------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo |            | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         |  |  |  |  |  |  |  |  |         | Cód ATP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Adujado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de subsistencia | Cód EPS | IBC EPS | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Cotización | Código CCF | IBC CCF      | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1000974748 |                       | LOPEZ JIVENEZ ANGIE DANIELA |  |  |  |  |  |  |  |  |         | 230391  | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                               | 0       | EP5605  | 1.300.000             | 162.500  | 14-11   | 1.300.000  | 3          | 31.700       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |