| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud de Bogotá D.C. Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

HERNEY ORDUZ CASTILLO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 80.117.977 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 PROFESIONALES No.** | PS 4488 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 13/08/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.831.145 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 17.644.608** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.288.620 | |
| **N° DE INFORME:** | 4 | **N° CRP:** | 40222 | **N° CDP:** | 2374 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 4 MESES 10 DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 2 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.323.335 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3756 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 46618 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 490.128 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE POLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA POLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | N/A |

| ITEM | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 210 Horas para el mes de diciembre 2024 |
| 2 | Se realiza el plan de cuidado diario de enfermeria de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. |
| 3 | Se verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. |
| 4 | Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guias establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento. |
| 5 | Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermeria y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermeria. |
| 6 | Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. |
| 7 | Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 8 | Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando asi lo amerite. |
| 9 | Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso. |
| 10 | Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. |
| 12 | Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. |
| 13 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiologia, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. |
| 14 | Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred. |
| 15 | Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. |
| 16 | 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. |
| 17 | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 19 | Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. |
| 20 | Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guias y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermeria. |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud de Bucaramanga<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

HERNEY ORDUZ CASTILLO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 80.117.977 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 PROFESIONALES No.** | PS 4488 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 13/08/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.831.145 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 17.644.608** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 4.288.620 |
| **N° DE INFORME:** | 4 | **N° CRP:** | 40222 | **N° CDP:** | 2374 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 4 MESES 18 DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 7 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | | **PRORROGAS** | | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.323.335 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3756 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 46618 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 490.128 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | N/A |

| ITEM | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 210 Horas para el mes de diciembre 2024 |
| 2 | Se realiza el plan de cuidado diario de enfermeria de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. |
| 3 | Se verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. |
| 4 | Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guias establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento. |
| 5 | Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermeria y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermeria. |
| 6 | Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. |
| 7 | Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 8 | Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. |
| 9 | Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso. |
| 10 | Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. |
| 12 | Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. |
| 13 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiologia, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. |
| 14 | Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred. |
| 15 | Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. |
| 16 | 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. |
| 17 | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 19 | Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfeccion con el personal a cargo y su respectivo registro. |
| 20 | Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guias y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermeria. |

| | |
|---|---|
| 21 | Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas. |
| 22 | Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermeria mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermeria. |
| 23 | Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios. |
| 24 | Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E |
| 25 | cdando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización asi lo amerite. |
| 26 | Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guias del servicio cuando se necesita. |
| 28 | Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologias y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE. |
| 29 | cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales. |
| 30 | se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera. |
| 31 | Se Realiza los registros en DHG historia clinica de Enfermeria. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9478303202 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SANITAS | 2/12/2024 | $ 202.200 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 2/12/2024 | $ 258.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | **AXA COLPATRIA** | **2/12/2024** | **$ 39.500** |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | $ 532.900 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realice 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 ocasion al señalado contrato

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

HERNEY ORDUZ CASTILLO
C.C: 80117977
CEL: 3143119928

| | | |
|---|---|---|
| Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

HERNEY ORDUZ CASTILLO

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 80.117.977

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 PROFESIONALES No.** | PS 4488 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 13/08/2024 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.644.608 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 4.288.620 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 4 | **N° CRP INICIAL:** | 40222 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 2374 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 4 MESES 18 DIAS | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9478303202 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | ENFERMERIA | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATALY DUQUE SALAZAR | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION 2 | PRORROGA 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.323.335 | **CDP DE LA** | 3756 | **RP DE LA** | 46618 | **TIEMPO** | (2) DOS MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 490.128 | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° 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 declaracion del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presento 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 articulo 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 ( 01/12/2024) **AL** (31/12/2024)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NATHALY DUQUE SALAZAR**<br>**Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria**<br><br>**MARCELA TRIVIÑO CORTES**<br>**Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria** |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | HERNEY ORDUZ CASTILLO | **CC:** | 80117977 |
| | | **RUT (NIT):** | N/A |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | HERNEY83@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3143119928 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 60D 90 20 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**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 | **( )** |

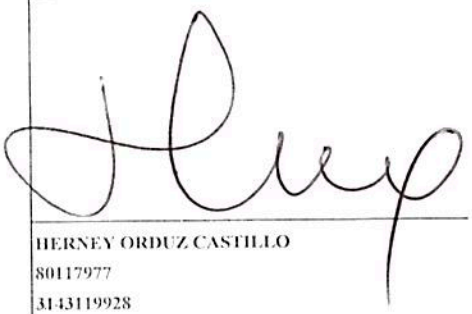
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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:** | | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | BANCOLOMBIA | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **52553559707** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4488 2024 | **N° CDP:** | | **N°. RP:** | | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 7 MESES02 DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 13/08/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/12/2024 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 17644608** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ | | | | | 4.288.620 |
| | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE | | | | | |



HERNEY ORDUZ CASTILLO
80117977
3143119928

| | | |
|---|---|---|
| Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-F**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-1(** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | HERNEY ORDUZ CASTILLO | **CC:** | 80117977 |
| | | **RUT (NIT):** | N/A |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | HERNEY83@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3143119928 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 60D 90 20 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

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

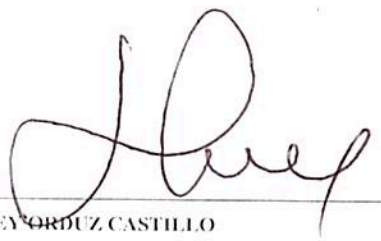
| | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | **( X )** |
| **SI** tomaré costos y deducciones | **( )** |

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 artícu 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 l 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:** | | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | BANCOLOMBIA | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **52553559707** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4488 2024 | **N° CDP:** | | **N°. RP:** | | PLAZO DEL CONTRATO INC PRORROGAS : 4 MESES18 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 13/08/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/12/2024 | | **VALOR TOTAL DEL CONT INCLUIDO ADICIONES:** 17( |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ | | | | | 4. |
| | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE | | | | | |



**HERNEY ORDUZ CASTILLO**
**80117977**
**3143119928**

4488

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 80117977 | | ORDUZ CASTILLO HERNEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 150A no. 96A-40 int 5 apto 103 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7777777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1092199878 | 9478303202 | I | 2024/12/18 | 2024/12/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $532,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E. INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $258,800 | $0 | $0 | $258,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $258,800 | $0 | $0 | $258,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $39,500 | $0 | $0 | $39,500 |
| COLPATRIA ARP | 14-4 | 860,002,183 | 9 | 1 | $39,500 | $0 | $0 | $39,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,400 | $0 | $0 | $32,400 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $32,400 | $0 | $0 | $32,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $202,200 | $0 | $0 | $202,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $202,200 | $0 | $0 | $202,200 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$532,900** | **$0** | **$0** | **$532,900** |



2024/12/02 01:45 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 80117977 | | ORDUZ CASTILLO HERNEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 150A no. 96A-40 int 5 apto 103 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7777777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1092199878 | 9478303202 | I | 2024/12/18 | 2024/12/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $532,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,617,422 | $258,800 | | | $1,617,422 | $202,200 | | | $1,617,422 | $32,400 | | | $1,617,422 | $39,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,617,422 | $258,800 | | | $1,617,422 | $202,200 | | | $1,617,422 | $32,400 | | | $1,617,422 | $39,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,617,422 | $258,800 | | | $1,617,422 | $202,200 | | | $1,617,422 | $32,400 | | | $1,617,422 | $39,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 80117977 | ORDUZ HERNEY | 230301 | 30 $1,617,422 | $258,800 | EPS005 | 30 | $1,617,422 | $202,200 | CCF22 | 30 | $1,617,422 | $32,400 | 14-4 | 30 | $1,617,422 | $39,500 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,617,422 | $258,800 | | | $1,617,422 | $202,200 | | | $1,617,422 | $32,400 | | | $1,617,422 | $39,500 | | $0 | $0 |