

		SUPRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SANTIAGO LADINO MONTOYA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.055.750.515	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4788 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
29/08/2024					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5.142.060	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y TRES (3) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.280.720	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 801.360	
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	40709	Nº CDP:	3033
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES Y 3 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHAI Y DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACION	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.138.660	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	CRP DE LA ADICIÓN:	46737
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DDMMAAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron 72 horas para el mes de DICIEMBRE 2024				
2	Se Realizó 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 Portó 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 correspondía teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.				
15	Se cumplió 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 realizó limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfección 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 clínica 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 realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área.				
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.				
23	Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades.				
24	Se realizó la participación 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:	31965551		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS		9/12/2025	\$ 166.500	
PENSIÓN:	PROTECCION		9/12/2025	\$ 215.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA		9/12/2025	\$ 32.500	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 412.800	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el che 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, aut, pensión, rat)					
3 - Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop, de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.					
4 - Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.					
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
					
SANTIAGO LADINO MONTOYA C.C 1055750515 CEL: 3023222809					



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

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

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANTIAGO LADINO MONTOYA			CC:	1055750515	
				RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	SANTILADINOMONTOYA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3023232809	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 13H 45D 03 SUR			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:	BANCO CAJA SOCIAL					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24136665566	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4788 2024	Nº CDP:	3756	Nº. RP:	46676	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES 3 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	29/03/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:8280720
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)	S 801.360					
	OCHOCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M CTE					
SANTIAGO L SANTIAGO LADINO MONTOYA 1055750515 3023232809						

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1055750515	SANTIAGO LADINO MONTÓYA	TV 13H-45D 03 SUR	3023232859	SANTILADINO.MONTOYA@CMAL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLGADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81968551	\$403.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	500	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	4	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Valor Mora	Valor Saldo a Favor	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	892903790-5	31.700	No. Autorización	Valor	Cotización	Cotización	Fondo Solidaridad	
				31.700	31.700	4	100	317	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	4	0	0	0
0	4	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	162.500	163.000	1
Pensión	1	208.000	208.600	1
Riesgos Laborales	1	31.700	31.600	1
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.400	3