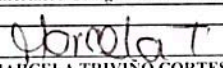


<div><div><div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div></div><div><div>Ministerio de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div></div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div>		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 CARLOS ANDRES GARCIA MORALES			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1,070,782,085	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO 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 PROFESIONALES No.		PS 275 2025	FECHA INICIO CONTRATO
			02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	9,794,400	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
			CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	9,794,400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 2,270,520
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	7094
			Nº CDP:
			1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0
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:
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)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	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 presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.		
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 cumplio 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, formato 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 medicación 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 termo hidrometria del servicio.		
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.		

24	Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas.			
25	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro pñro, 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:		0	OPERADOR:	0
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		0	00/01/1900	\$ -
PENSIÓN:		0	00/01/1900	\$ -
RIESGOS LABORALES:		0	00/01/1900	\$ -
OTRO		CCF	00/01/1900	\$ -
TOTAL PAGADO				\$ 0
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro 2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3 - Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4 - Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.				
VII. ANEXOS				
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)				
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente				
Carlos Andres Garcia Morales CARLOS ANDRES GARCIA MORALES C.C: 1070782085 #N/A				

	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</div> <div>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ANDRES GARCIA MORALES	CC: 1070782085
CORREO ELECTRÓNICO:	carlosans1996@gmail.com	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 6 bis # 65 D - Sur 31	TELÉFONO: 3027500803
		CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomare costos y deducciones		(X)
SI tomare 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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS N° CUENTA: 550488406601291
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
N° DEL CONTRATO:	PS 2776-2025	N° CDP: I N° RP: 7094 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9794400
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.270.520	
	DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CT	
<div>CARLOS ANDRES GARCIA MORALES</div> <div>CARLOS ANDRES GARCIA MORALES</div> <div>1070782085</div> <div>3027500803</div>		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN 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					
CARLOS ANDRES GARCIA MORALES					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.070.782.085					
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICO 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 PROFESIONALES No.		PS 2776-2025		FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	9.794.400		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.270.520
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	7094	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070355043		OPERADOR:	PAGOSIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACION:	Nº 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN 0	PRÓRROGA 0
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:	
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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	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 APROBACION:		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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería			
		 MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería			

RECIBIDO
ENFERMERIA
2024-09-16

**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Número Planilla: 1070355043

1. DATOS DEL APORTANTE

II. DETALLE DEL APORTANTE

III. TOTALES

Página 1 de 1

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos

