	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E AP02.O – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-027 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

NUMERO 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 2776 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.794.400	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	(4) CUATRO MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.794.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.203.740		
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	2661	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DIOQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE POLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	NA
FECHA DE LA POLIZA	DD MM AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	NA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se presto el servicio de conformidad con la asignacion de actividades acordadas con el supervisor del contrato
2	Realizar actividades propias del cuidado de Enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de Enfermeria y demas actividades que se deriven del proceso de Enfermeria
3	notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte
4	informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada
5	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas Institucionales.
8	Responder por los inventarios, realizar control, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o area donde se encuentre desarrollando las actividades
9	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana segun politica institucional de Humanizacion
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la informacion clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolucion 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institucion.
11	Realizar asesorias pacientes y pruebas rapidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales segun solicitudes realizadas teniendo el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes
12	Realizar busqueda activa de poblacion clave realizando todo el proceso correspondiente para el diagnostico
13	notificar casos nuevos (si aplica)
14	promover participar en jornadas de tamizaje de poblacion en riesgo, en las diferentes unidades y servicios, realizando registros estadisticos de las asesorias para los informes mensuales.
15	portar el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las actividades contractuales
16	solicitar, alistar, categorar, esterilizar y retornar limpieza y desinfeccion del instrumental segun el area que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilizacion institucional.
17	prestar sus servicios como auxiliar de Enfermeria, en lo relacionado con actividades de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad realizando actualizacion de bases de datos y informes para entrega segun fechas estipulado por la subred para seguimiento y monitoreo de cohortes, asignacion de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunacion, esterilizacion, y demas procedimientos, dentro de los parametros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantia de calidad en salud y acogiendo las guias y protocolos definidos por la subred.
18	cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentacion de procedimientos menores en consultorio, traslados y
19	realizar la recepcion, custodia y entrega oportuna de las historias clinicas de continuidad, formatos de consentimiento informado al archivo de gestion documental, realizado el registro en el formato
20	apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditacion y habilitacion de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e
21	organizar el servicio y realizar alistamiento de areas con la dotacion necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestacion de servicio adecuado y oportuno
22	ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas
23	velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
24	responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirurgica para la elaboracion de paquetes teniendo en cuenta las tareas de
25	diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de temo hidrometria del servicio.
26	dar 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.
27	apoyar el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio. contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10544377156		**OPERADOR:**	PAGOSIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD	EPS SANITAS		10/1/2025	$	178.600
PENSION	PROTECCION		10/1/2025	$	227.900
RIESGOS LABORALES	ARL		10/1/2025	$	34.700
CCF	COMFACUNDI - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR		10/1/2025	$	29.500
	TOTAL LIQUIDADO			$ 469.000	

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 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, tal)
3. Que adjunto evidencia del carne con el aplicativo scscp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro
4. Que informo 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Carlos Andres garcia

CARLOS ANDRES GARCIA MORALES

1070782085

3027500803

	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: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ANDRES GARCIA MORALES	**CC:**	1070782085
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	CARLOSANS1966@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3027500803
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRR 6 BIS 65 D SUR 31	**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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	550488406601291

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 2776 2025	**Nº CDP:**	1	**Nº. RP:**	7094	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/4/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9794400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.203.740					
	DOS MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE					

Carlos Andres Garcia

CARLOS ANDRES GARCIA MORALES

1070782085

3027500803

Centro Oriente E.S.E	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. INFORMACION 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**	2/1/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.794.400			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.203.740
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	**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:	10703554338			**OPERADOR:**	SIMPLE
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 MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION 0	PRORROGA 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 APROBACIÓN:**	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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/03/2025) AL (31/03/2025)

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-10, 09:02:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070355438

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822896677

PAGADO 10/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS ANDRES GARCIA MORALES		
Documento	CC1070782085	**Dirección**	CR 6BIS #65 D - 31 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7683973
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
C 1070782085	CARLOS ANDRES GARCIA MORALES	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2.436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 0	$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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