

18	Se realizo limpieza recuerente 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 termo 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:	9484737538
OPERADOR:	
APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	PORVENIR
RIESGOS LABORALES:	SURA
OTRO	CCF
TOTAL PAGADO	
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 ibe 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue 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	
ANDRES FELIPE STERLING ALZATE C.C: 1013037004 CEL: 3244398022	

andres S.

	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-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE STERLING ALZATE	CC: 1013037004
CORREO ELECTRÓNICO:	pipejuan2831@gmail.com	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 36 50	TELÉFONO: 3244398022
		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:	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA: AHORROS Nº CUENTA: 547742895
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 4938 2025	Nº. CDP: 1265 Nº. RP: 15972 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES Y 9 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7634880
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 1.735.200 ✓ UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ✓	
andres S. ANDRES FELIPE STERLING ALZATE 1013037004 3244398022		

		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 ANDRES FELIPE STERLING ALZATE NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.013.037.004					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (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 4938 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 7.634.880		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 1.735.200					
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2		Nº CRP INICIAL:	
				11167	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		4 MESES Y 9 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9484737538		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
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:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
				Nº 1	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.316.160		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				RP DE LA ADICIÓN:	
				15972	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
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 1/05/2025 al 31/05/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20			
		WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			

Mayra Mariño
 Enfermera
 C.F.U.C.S.

Resumen General de Pago

Identificación

dv

Razon Social

CC 1013037004

STERLING ALZATE ANDRES FELIPE

INDEPENDIENTE

Clase Aportante

PRINCIPAL

2025/05/12

Exonerado SENA e ICBF

3182101905

No

Clave

Planilla

Pago

948477538

1

2025/05/05

Fecha

Pago

Dias Mora

Valor

\$442,700

7

Clase Aportante

PRINCIPAL

2025/05/12

Exonerado SENA e ICBF

3182101905

No

Clave

Planilla

Pago

948477538

1

2025/05/05

Fecha

Pago

Dias Mora

Valor

\$442,700

7

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES											
PENSION				SALUD				CCF			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)											
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)											
1	CC 1013037004	STERLING ANDRES	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP6005	30	\$1,423,500	\$178,000	14-11
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000	

Camile 180

banco

Página 1 de 2 2025/05/12 03:45 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1013037004		STERLING ALZATE ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 1 n. 36-50	SOACIMA-CUNDINAMARCA	3182101905	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha	Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1476171332	948477538	1	2025/05/05	2025/05/12	BANCO AV VILLAS	7	\$442,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900
SANITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900
TOTAL				1		\$440,500	\$2,200	\$0	\$442,700

