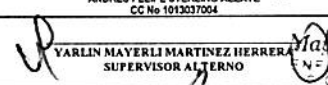
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APoyo - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANDRES FELIPE STERLING ALZATE			
CON C.C.N°		1.013.037.004	
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS HACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°		PS 4938 2025	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		4.318.728	N° HORAS EJECUTADAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		11.220.960	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		6 MESES Y 10 DÍAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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.		
2	Se realizaron 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 retoma limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda 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.		
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 realizó 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.		
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE CERTIFICA QUE SE CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO 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 cargo en el aplicativo seccop 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
N° DE PLANILLA:	9486120578	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	12/06/2025	\$ 179.900
PENSIÓN:	PORVENIR	12/06/2025	\$ 229.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/06/2025	\$ 34.900
OTRO	CCF	12/06/2025	#N/A
TOTAL PAGADO			\$ 442.900
V. 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 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el EIC sea menor a 1 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3 - Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo seccop 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.			
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato) Anexar evidencias fotográficas o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 ANDRES FELIPE STERLING ALZATE CC No 1013037004	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 YARLIN MAYERLI MARTINEZ HERRERA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:		 NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO	



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE STERLING ALZATE			CC:	1013037004
CORREO ELECTRÓNICO:	pipejuan2831@gmail.com			TELÉFONO:	3244398022
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 36 50			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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 párrafo 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
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4938 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1735200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/08/2025	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 al 30/06/2025				
Andrés Sterling ANDRES FELIPE STERLING ALZATE C.C 1013037004 Cel: 3244398022					

Identificación

dv

Razon Social

CC 1013037004

STERLING ALZATE ANDRES FELIPE

Clase Aportante

INDEPENDIENTE

Sucursal Principal

PRINCIPAL

Direccion

crs. 1 n. 36-50

Ciudad-Departamento

SOACHA-CUNDINAMARCA

Telefono

3182101905

Exonerado SENA e ICBF

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

2025-05

Clave

1548080663

Pago

9486120578

Planilla

1

Tipo

Planilla

Fecha

2025/06/04

Limite

2025/06/12

Pago

NEQUI

Barco

Dias Mora

8

Valor

\$442,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
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	\$1,000	\$0	\$179,000
SANTITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,000	\$0	\$179,000
TOTAL				1	\$440,500	\$2,400	\$0	\$442,900

