

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON			CC:	79258345
CORREO ELECTRÓNICO:	PINJAIME62@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3142828504
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13B 51 76 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	000570112524

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4541 2025	Nº CDP:	2527	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.003.400



JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON
PS_4541_2025_545287

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON

CC: 79258345

CEL: 3142828504

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON**

CON C.C N°

79.258.345

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 4541 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/02/03

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 7.182.560 **No. HORAS EJECUTADAS** 180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 18.319.980 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.003.400

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATALY DUQUE SALAZAR

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	. 5. Se revisó la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria y tratamiento para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.
2	12. Se mantuvo visible el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales
3	20. Se realizó el diligenciamiento en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos con su respectivo registro en los tiempos definidos.
4	14. 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
5	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.)
6	6. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permitieron 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	8. Se respondió por los inventarios, se realizó 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 desarrollaron las actividades.
8	10. Se mantuvo 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
9	11. Se Realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes
10	. 21. Se cumplió con el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades
11	. 22. Se cumplió con la asistencia a las reuniones y capacitaciones programadas.
12	. 23. Se ejecutaron las actividades establecidas según protocolo carro paro.
13	7 Se cumplió con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales
14	1. Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.2
15	3. Se Notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.
16	. 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
17	15. Se recepcionó la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizando el registro en el formato correspondiente.
18	. 13. Se solicitó, custodió y retornó el instrumental completo con previa inactivación según el área que corresponda, teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.
19	16. Se ejecutaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro ori
20	17. Se realizó limpieza y desinfección recurrente y terminal, para mantener limpia y ordenada la unidad.
21	18. Se ejecutaron los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas.
22	19. Se implementó el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
23	9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8637923088	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/09/11	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 212.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p align="center">JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON PS_4541_2025_545287</p> <hr/> <p>JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON CC: 79258345</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p align="center">MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ PS_4541_2025_545287</p> <hr/> <p>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p align="center">NATALY DUQUE SALAZAR PS_4541_2025_545287</p> <hr/> <p>NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

RAZÓN SOCIAL :	JAIME JESUS RAMIREZ CALDERON
IDENTIFICACIÓN:	CC-79258345
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-11
FECHA DE PAGO:	2025-09-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	8637923088
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605649591
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR	
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 178.200	\$ 178.200
14-11	890903790	ARL SJURA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 34.700	\$ 34.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 212.700	\$ 213.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/10/2025
----------------------------------	------------