

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO			CC:	1000336466
CORREO ELECTRÓNICO:	LORENASIERRA1404@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3144251530
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 84 42 A 14 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24120181962
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5723 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.143.296	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO PS_5723_2024_39EAEC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO CC: 1000336466 CEL: 3144251530					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO

CON C.C N° 1.000.336.466

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5723 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.078.451	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.077.836	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.143.296
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

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	Realicé la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (13 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).
3	Garanticé el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica (28 registros de atenciones registrados en plataforma Netux) TRASLADOS
4	Brindé respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
5	Presenté cumplimiento con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, tanto de las necesidades administrativas y asistenciales garantizando la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al programa de atención pre hospitalaria.
6	Garanticé el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	Realicé el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. (13 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux y 12 registros de control de temperatura).
8	Garanticé el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Realicé los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente (8 registros de limpieza y desinfección registrados en aplicativo Netux)
11	Realicé el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil
12	No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran reporte.
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
14	Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
16	Garanticé la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora, mediante entrega a gestor externo de la unidad funcional.
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Garanticé el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplí el trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.

III. 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9492508179	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/15	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

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 ningun 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO PS_5723_2024_39EAEC JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO CC: 1000336466
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5723_2024_39EAEC CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ PS_5723_2024_39EAEC JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO