

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTEBAN ALEJANDRO MURILLO JARA		CC:	1000936471
CORREO ELECTRÓNICO:	estebanmurillo322@gmail.com		TELÉFONO:	3213101528
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 21 ESTE 92 80 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 488454145563

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7924 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.005.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ESTEBAN ALEJANDRO MURILLO JARA
 PS_7924_2025_C3AB81

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ESTEBAN ALEJANDRO MURILLO JARA

CC: 1000936471

CEL: 3213101528

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ESTEBAN ALEJANDRO MURILLO JARA

CON C.C N° **1.000.936.471**

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 7924 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/12
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.311.114	No. HORAS EJECUTADAS	270
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.316.214	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.005.100
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	-----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	-----------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR
-------------------------------	-----------------------------

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 | 1. Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. |
| 2 | 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 | 3. Se Notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. |
| 4 | 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. |
| 5 | 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. |
| 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 | 7 Se cumplió con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. |
| 8 | 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. |
| 9 | 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. |
| 10 | 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. |
| 11 | 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. |
| 12 | 12. Se mantuvo visible el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 13 | 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. |
| 14 | 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. |
| 15 | 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. |
| 16 | 16. Se ejecutaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. |
| 17 | 17. Se realizó limpieza y desinfección recurrente y terminal, para mantener limpia y ordenada la unidad. |
| 18 | 18. Se ejecutaron los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. |
| 19 | 19. Se implementó el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 20 | 20. Se realizó el diligenciamiento en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos con su respectivo registro en los tiempos definidos. |
| 21 | 21. Se cumplió con el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades. |

22. Se cumplió con la asistencia a las reuniones y capacitaciones programadas.

23. Se ejecutaron las actividades establecidas según protocolo carro paro.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495576848	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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, pensión, 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



ESTEBAN ALEJANDRO MURILLO JARA

PS_7924_2025_C3AB81

ESTEBAN ALEJANDRO MURILLO JARA

CC: 1000936471

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ

PS_7924_2025_C3AB81

MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_7924_2025_C3AB81

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO

