

PAGADO 17/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CHRISTIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA		
Documento	CC1022341630	Dirección	CL 168 #65 - 50 CASA 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3138975575
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGE	LM	VAC	AVP	ACT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022341630	CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA	59	00																	0	30	30	30	(231001) COLFONDOS	\$ 1.500.000	\$ 240.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.500.000	\$ 187.500	2,436	\$ 1.500.000	\$ 36.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.500.000	\$ 30.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 494.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.500.000	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000	\$ 240.000	\$ 187.500	\$ 36.600	\$ 30.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 494.100	\$ 3.000	\$ 497.100

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA			CC:	1022341630
CORREO ELECTRÓNICO:	camiljh8719@gmail.com			TELÉFONO:	3138975575
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 168 65 50			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	60265651766
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7549 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.411.152	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA PS_7549_2025_7366E9 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA CC: 1022341630 CEL: 3138975575					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA

CON C.C N°1.022.341.630

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO 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 7549 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/10
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$2.785.561	No. HORAS EJECUTADAS	216
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$19.147.667	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.411.152
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

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 realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4.Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de manual limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.
---	--

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 1078086376	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/17	\$ 187.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/17	\$ 240.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/17	\$ 36.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 464.100
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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA PS_7549_2025_7366E9 CRISTHIAN CAMILO JIMENEZ HERRERA CC: 1022341630	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 MAYERLI MARTINEZ HERRERA PS_7549_2025_7366E9 MAYERLI MARTINEZ HERRERA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 NATALY DUQUE SALAZAR PS_7549_2025_7366E9 NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO	