

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------|-----------------|------------|--------------------------|------|------------------|-----|-------------------|-----------------------|-----------------|---|------------|--|
|                                                                                                                                                                               | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   | VERSIÓN: 5            |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   | PÁGINA: 1 DE 1        |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     | FECHA: 16/02/2018 |                       |                 |   |            |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | MARTINEZ TRUJILLO CRISTIAN ALEXANDER |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       | 316044          |   |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                               |      |                 |            | No.                      |      |                  |     | 1012432951        |                       |                 |   |            |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | ccristiann1martinez@gmail.           |      |                 |            | CELULAR                  |      |                  |     | 3124400480        |                       |                 |   |            |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | Ambulatorios                         |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | Ambulatorios                         |      |                 |            | UNIDAD:                  |      |                  |     | Simon Bolivar     |                       |                 |   |            |  |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | Centro de costo                      | %    | Centro de costo | %          | Centro de costo          | %    | Centro de costo  | %   | Centro de costo   | %                     | Centro de costo | % |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | A00                                  |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | 28                                   |      |                 |            | TIPO CUENTA              |      |                  |     | SIN CUENTA        |                       |                 |   |            |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 0                                    |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 2220-2024                            |      |                 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 166                                  |      | FECHA           |            | 26/01/2024               |      | NÚMERO DE CRP: 1 |     | 14450             |                       | FECHA           |   | 02/02/2024 |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | null                                 |      | FECHA           |            | null                     |      | NÚMERO DE CRP: 2 |     | null              |                       | FECHA           |   | null       |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | NULL                                 |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                      |      | DESDE           | DIA        | MES                      | AÑO  | HASTA            | DIA | MES               | AÑO                   |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                      |      |                 | 01         | 02                       | 2024 |                  | 29  | 02                | 2024                  |                 |   |            |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | Asistencial                          |      |                 |            | RESERVA DE GLOSA 2%      |      |                  |     | 0                 |                       |                 |   |            |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | 1,953,372 VALOR LETRAS               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | VALORES          |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 5,902,124        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 3,612,688        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 1,690,822        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 186              |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 161              |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 0                |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 2,289,436        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      | 61.21 %          |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                 |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS                                                                       | VALOR AFP                            | RIES | VALOR ARL       | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA           |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| 4539737140                                                                                                                                                                                                                                                   | 162,500                                                                         | 208,000                              | 3    | 31,700          | 0          | 402,200                  |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                                    |      | 0               | 0          |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.                                                                                                                 |                                                                                 |                                      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

  
PAOLA DEL PILAR RICO BAEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTINEZ TRUJILLO CRISTIAN ALEXANDER

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                   |                                                                                |  |  |  |                   |                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------|-----------------------|--|--|
|  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>             |  |  |  |                   | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |  |  |
|                                                                                   |                                                                                |  |  |  |                   | VERSIÓN: 3            |  |  |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  |  |  |                   | PÁGINA : 1 DE 1       |  |  |
|                                                                                   |                                                                                |  |  |  | FECHA: 19/05/2022 |                       |  |  |

|                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |                              |            |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------------------|------------|---------------------|------------|
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: Hospital Simon Bolivar</b>                                                                                                                      |  |  |  |  | <b>UNIDAD:</b>               |            | <b>Unidad Renal</b> |            |
| <b>No. DE CONTRATO: 2220-2024</b>                                                                                                                                     |  |  |  |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>   | <b>Día</b> | <b>Mes</b>          | <b>Año</b> |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: PAOLA DEL PILAR RICO</b>                                                                                                                    |  |  |  |  |                              | 1          | 02                  | 2024       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO</b>                                                                                                   |  |  |  |  | <b>DOCUMENTO: 1012432951</b> |            |                     |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como ENFERMERO (A) en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b> |  |  |  |  |                              |            |                     |            |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                 |  |  |  |  |                              |            |                     |            |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.                                                                                                                                                                                                                                       | Se Cumplio con las Leyes, Decretos, Acuerdos, resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.                                                                                                    |
| 2. Asistir a capacitaciones y actividades segun la programacion institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza asistencia a capacitacion de la viruela del mono y lavado de manos.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                           |
| 4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos. La falsedad en dichos documentos dará lugar a terminación automática de contrato.                                                                                                                                                                        | Se realizo la cancelación de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales, de conexiión y desconexion de circuito extracorporeo, alistamiento de sala para el manejo de paciente renal.                                                                                                             |
| 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las a obligaciones asignadas | Se realizan actividades de promoción en salud y cuidado de enfermería en los pacientes renales, como leducar en la restricción de líquidos en periodos interdialiticos.                                                                                                                                                                  |
| 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                                                                                  | Se realiza el desarrollo de las responsabilidades asignadas ante el cuidado del paciente renal, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación,                                                                                                                                                           |
| 8. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.                                                                     | Desarrolla seguimiento en los procesos de mejora dejados por el servicio de ambiental, infecciones y eps capital salud por medio de listas de chequeo practicados para el personal de enfermería.                                                                                                                                        |
| 9. Adherirse a las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Norte, conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza adherencia a protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos por el funcionamiento de la unidad renal, como lo son lavado de manos, protocolo de conexión y desconexión de circuito de hemodialisis, alistamiento de sala de hemodialisis, asignación de actividades para auxiliares de enfermería. |
| 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones o recomendaciones de auditorías de órganos internos o externos, dadas por el supervisor o a través del apoyo del supervisor.                                                                                                                                                                                                                  | Se ejecuta la acciones preventivas de los planes de mejora asignados por auditorías externas e internas , para así dar cumplimiento al plan de mejora de la institución.                                                                                                                                                                 |
| 11. Contribuir con la consolidación de los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. Todo contratista será responsable de la información emitida y avalada con ocasión de los derechos de petición.                                                                                                        | Se da información al usuario sobre su estado de salud durante la terapia de hemodialisis.                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12. Cumplimiento de lo establecido por la institucion de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza revicion de carro de paro, segun cronograma, en los 5 primeros dias habiles del mes.                                                                                                                                                                                                                                          |
| 13. Brindar informacion al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se informa estado de la salud y avance durante la terapia de hemodialisis a familiar y paciente.                                                                                                                                                                                                                                         |
| 14. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se usa implementos de bioseguridad, como gorro, monogafas, tapabocas y bata.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 15. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.                                                                                                                                                                                                                      | Se garantizo la atención médica y apoyo al paciente renal en sus diferentes tiempos y sesiones de hemodialisis segun se requirio.                                                                                                                                                                                                        |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. El CONTRATISTA se compromete a hacer una entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato, una vez expire su plazo o termine de forma anticipada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza la entrega de toda la información correspondiente en este documentos de todas las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato,                                                                                                                    |
| 17. Adherirse a las políticas de integridad, SGSST y humanización de la entidad y actuar conforme a ellas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se prestan servicios enfocados en humanización segun los servicios prestados en la unidad renal.                                                                                                                                                                                             |
| 18. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el contratista en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades el contratante queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del contratista las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos, previo agotamiento del debido proceso. El contratista solicitara al supervisor del contrato el respectivo paz y salvo respecto de los bienes entregados. El CONTRATISTA deberá firmar los formatos de bienes o inventario recibidos al momento de su ingreso, y durante su permanencia en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE., en cumplimiento a la Directiva No. 003 de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. | Se protege y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato, segun el cumplimiento a la Directiva No. 003 de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. |
| 19. Dar cumplimiento a la política de contención del gasto en lo referente al manejo de papelería e insumos entregados para el desarrollo de las actividades, soportando y justificando la destrucción de actas debidamente ante el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realiza uso de adecuado de papelería e insumos entregados para el desarrollo de las actividades, soportando y justificando la destrucción de actas debidamente ante el supervisor de contrato.                                                                                            |
| 20. El CONTRATISTA autoriza a la Subred el manejo de sus datos personales e información que reposen en la carpeta contractual y entrega a las autoridades internas y externas, previo requerimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | se realiza la debida autorizacion a la Subred del manejo de mis datos personales e información que reposen en la carpeta contractual y entrega a las autoridades internas y externas, segun requerimiento.                                                                                   |
| 21. Revisión y envío a farmacia de las ordenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza solicitud y envío a farmacia de las ordenes de medicamentos para administrar segun orden medica y devolución de medicamentos.                                                                                                                                                     |
| 22. Se obliga a la aprobación del contrato, modificación contractual dentro del primer día hábil siguiente en la plataforma del SECOP II y/o en físico so pena de incumplimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realiza la firma del contrato en ejecucion, con su respectiva modificación contractual dentro de los días hábiles en la plataforma del SECOP II .                                                                                                                                         |
| 23. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se desarrolla actividades relacionadas con el objeto contractual, guiadas el l cuidado del paciente renal en su terapia de dialitica.                                                                                                                                                        |
| 24. Reportar el primer día hábil siguiente cualquier cambio o modificación al sistema general de seguridad social en salud y reportarlo a la Dirección de Contratación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No es necesario realizar reportes de modificaciones al sistema general de seguridad social en salud                                                                                                                                                                                          |
| 25. El contratista deberá reportar al supervisor del contrato cualquier accidente laboral inmediatamente de la ocurrencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No suceden accidentes laborales para realizar el debido reporte.                                                                                                                                                                                                                             |
| 26. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribucion del personal en el servicio y asignacion de actividades, elaboracion, ejecucion y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realiza recibo y entrega de turno, dejando como evidencia libro de entrega de turno, se realiza la Distribucion del personal en el servicio y asignacion de actividades,segun el plan de cuidado de los pacientes en terapia de hemodialsis.                                              |
| 27 Asistir a capacitaciones y actividades segun la programacion institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza asistencia a 3 capacitaciones brindadas por NIPRO, epidemiologia, ambiental.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>OBSERVACIONES: SE SOLICITAN 186 HORAS PARA EL MES DE MARZO Y EJECUTA 186 HORAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1.953.372) UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO<br>CC 1012432951                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fecha : __29__ / __02__ / __2024__<br>Firma de recibido supervisor: PAOLA DEL PILAR RICO                                                                                                                                                                                                     |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                      |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA                 | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1012432951                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO |                                                       |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL              | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL               |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 70 P # 19B-07 SUR              | TELÉFONO: 3124400                                     |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                     | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                      |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                              | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de atención de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                                |                                                       |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                   |                                                       |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 4539737140 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: enero | PERIODO COTIZACIÓN MES: enero      |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024  | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 1          |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/02/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 6685862545    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                    |  |  |            |              |
|-----------------------|--------|--------------------|--|--|------------|--------------|
|                       |        |                    |  |  | TOTALES    |              |
|                       |        |                    |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                    |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA     |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |  |  |            |              |
| 800229739             | 230201 | 230201- PROTECCION |  |  | 1          | \$ 208.200   |
| SUBTOTAL:             |        |                    |  |  | 1          | \$ 208.200   |
|                       |        |                    |  |  |            |              |
| SALUD                 |        |                    |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA     |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |  |  |            |              |
| 800130907             | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL |  |  | 1          | \$ 162.700   |
| SUBTOTAL:             |        |                    |  |  | 1          | \$ 162.700   |
|                       |        |                    |  |  |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                    |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA     |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |  |  |            |              |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA   |  |  | 1          | \$ 31.800    |
| SUBTOTAL:             |        |                    |  |  | 1          | \$ 31.800    |
|                       |        |                    |  |  |            |              |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 402.200 |
| VALOR MORA:     | \$ 500     |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 402.700 |