

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALDO	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	65777097	\$896.200	

TOTALES SALUD														
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
						No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	362,100	0	0		0		0	0	0	0	362,100	1

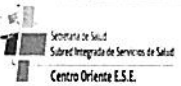
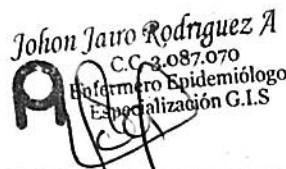
[illegible]

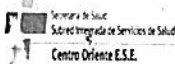
TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otras	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas									
14-11	ARL SURA	890803780-5	70.600				70.600	0	0	70.600		706		70.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
		-SENA-			
0	0	0	0	0	0
		ICBF			
0	0	0	0	0	0
		ESAP			
		MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IGP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	362.100	362.100
Pensión	1	463.500	463.500
Riesgos Laborales	1	70.600	70.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	896.200	896.200

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			22.999,688		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2001 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		27.931.392	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO		\$		27.931.392	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$		6.262.500	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
				6570	
Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		1			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85777097		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
ADICION (0)		PRORROGA (0)			
VALOR ADICIONADO		\$		-	
CDP DE LA ADICIÓN:		\$		-	
RP DE LA ADICIÓN:		\$		-	
VALOR ADICIONADO		\$		-	
CDP DE LA ADICIÓN:		\$		-	
RP DE LA ADICIÓN:		\$		-	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
				NA	
IV. 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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERS 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			22.999.688		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2001 2025		FECHA FIN DEL CONTRATO: 2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.262.500		
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	6570	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIR RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS 0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
ITEM	IV. 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)				
SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN LA UNIDAD DE SAN BLAS TOTAL DE HORAS 180					
1	Realicé las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.				
2	Llevé registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.				
3	Cumplí con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica				
4	Reporté los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente				
5	Impartí instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado				
6	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.				
7	Informé al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.				
8	Conocí y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos				
9	Apoyé a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual				
10	Realicé resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera				
11	Apoyé en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda				
12	Promoví las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados				
13	Cumplí con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia				
14	El seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes				
15	Apoyé el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.				
16	Cumplí con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la				
17	Participé en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran.				
18	Participé activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos,				
19	Mantuvé al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente				
20	Verifiqué antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomedicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibracion o reparacion de los mismos				

21	Hicé recepcion y entrega del paciente al profesional de enfermeria y al profesional medico de la unidad receptora y recibir de parte del medico de la unidad remitente las demas asignadas por el supervisor.
22	Conocí y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
23	Utilicé el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	Cumplí con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riego 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
25	Asistí y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
26	Realicé seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	Realicé la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad
29	Recibí y entregar las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
30	las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85777097	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/04/2025	\$ 362,100
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/04/2025	\$ 463,500
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/04/2025	\$ 70,600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 896,200

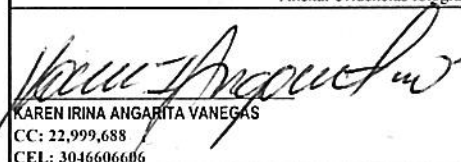
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

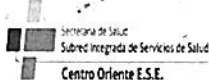
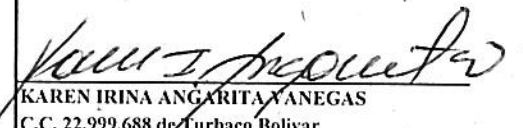
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente


KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS
CC: 22,999,688
CEL: 3046606606

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS			CC:	22.999.688	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENIRINASALUD@GMAIL.COM			RUT (NIT):	22999288	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 72 A 11A-30			TELÉFONO:	3046606606	
				CIUDAD:	TURBACO BOLIVAR	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomaré costos y deducciones				(X)		
SI tomaré costos y deducciones				()		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y						
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102648524
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	BANCO BOGOTA					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2001 2025	N° CDP:	1	N°. RP:	6570	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES (28) VENTIOCHO DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 6.262.500,00					
	SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.					
 KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS C.C. 22.999.688 de Turbaco Bolivar cel: 3046606606						

