

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLACADOS
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$919.200

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EP5008	Compensar EPS	860066342-7
		371.400

[illegible]

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	MT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substancia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Cotizandos		900227940-6	0	0	0	0	0	0		475.400	1

TOTALES RESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	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										
14-11	APL SURA	890903790-5	72.400				72.400	0	0	72.400			724	72.400	1

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

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mena	Total a Pagar
Salud	1	371.400	371.400
Pensión	1	475.400	475.400
Riesgos Laborales	1	72.400	72.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	919.200	919.200

22.999.688

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

2/01/2025

TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS

S	5.746.302
---	-----------

Nº CDP

TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS

3BL HOSPITAL SAN BLAS

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05

2	
---	--

[illegible]

X

N₂

4

(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

reparacion de los mismos

21	21. hacer 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	22. conocer 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	23. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	24. cumplir 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	25. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
26	26. realizar seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	27. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	28. realizar 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	29. recibir 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	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:	84150602	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/02/2025	\$ 371.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	13/02/2025	\$ 475.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/02/2025	\$ 72.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 919.200

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

VII. ANEXOS

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

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


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

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. INFORMACIÓN 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:

\$

5.746.302

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

2

Nº CRP
INICIAL:

6570

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DÍAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

84150602

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCIÓN TÉCNICA DE URGENCIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

3BL HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
 DIRECTOR TÉCNICO COD 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ -	TIEMPO PRORROGADO: \$ -
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ -	TIEMPO PRORROGADO: \$ -

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NA	NO	NA
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA	NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	NA	NA

IV. VERIFICACIÓN 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
 CARGO:
 DIRECTOR TÉCNICO COD 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR:
 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
 PERFIL:
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO

	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: (28/02/2025)		
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 102648524
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 01/02/2025 AL 28/02/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 5.746.302,00 CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS DOS PESOS MCTE.	
 KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS C.C. 22.999.688 de Turbaco Bolivar cel: 3046606606		

