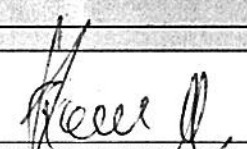


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERS 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y KAREN 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 INICIO 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:	\$ 6.037.254	
N° DE INFORME:	2		N° CRP:	6570	N° 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:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	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
N° 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)				
1	1. realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.				
2	2. llevar registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.				
3	3. cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica				
4	4. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente				
5	5. impartir instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado				
6	6. diligenciar el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.				
7	7. informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.				
8	8. conocer 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	9. apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual				
10	10. realizar resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera				
11	11. apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda				
12	12. promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados				
13	13. cumplir con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia				
14	14. el seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes				
15	15. apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.				
16	16. cumplir con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la				
17	17. participar en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.				
18	18. participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos,				
19	19. mantener al dia medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente				
20	20. verificar 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	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 ibc 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 período correspondiente	
 KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS CC: 22.999.688 CEL: 3046606606	

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 6.037.254,00 /					
SEIS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE.						


KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS
C.C. 22.999.688 de Turbaco Bolivar
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:	\$	6.037.254
--	----	------------	--	----	-----------

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) DIAS
--	--------------------------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84150602	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:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO 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: \$ - RP DE LA ADICIÓN: \$ -	TIEMPO PRORROGADO: \$ -	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN: \$ - RP DE LA ADICIÓN: \$ -	TIEMPO PRORROGADO: \$ -	

III. POLIZAS (SI APLICA)

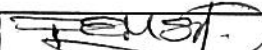
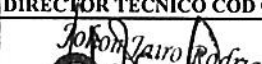
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NA	NO	NA
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	NA	

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 (01/02/2025) 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 TECNICO COD 009 GRADO 05
	 NOMBRE Y FIRMA DEL APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHÓN JAIRÓ RODRÍGUEZ APONTE PERFIL: Especialización G.I.S PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	22999688	KAREN INEVA ANGARITA VANEGAS		carrera 72 N 12 A30	3046606606	kareninevasalud@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
Única	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD				
		PERIODO PENSIONES		
2023-01	2023-01		13/02/2023	84150602
				TOTAL A PAGAR
				\$919.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Coatización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Miternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS08	Compensar EPS	860068942-7	371.400	0	0	0	0	0	0	0	371.400	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Cofondos	600227940-8	475.400	0	0	0	0	0	0		475.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

10/ALES RESGROS LABORALES																	
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Incapacidades		Aportes Otras		Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	Voluntaria	No. Autorización	Valor	Sistemas		Cotización	Mora	Cotización		Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARI SURA	690903790-5	72,400						72,400	0	0	72,400			724	72,400	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud		1	371.400	371.400
Pensión		1	475.400	475.400
Resgos 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

