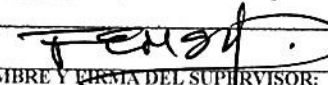
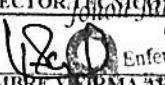


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 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		S 27.931.392			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	S	27.931.392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 150.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	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	S -	CDP DE LA ADICIÓN:	S -	RP DE LA ADICIÓN:	S -
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN:	S -	RP DE LA ADICIÓN:	S -
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NA		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 (08/02/2025) 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 APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO			

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:

\$ 150.000

Nº DE INFORME:

3

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:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
 DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:

1

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:

¿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

III. POLIZAS

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)

- | ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 patologias establecidos dentro del plan de atención 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 ari 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

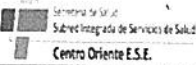
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, ari, 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 – GESTIÓN 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: (31/03/2025)							
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 v							
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 DESPLIEGABLE)		BANCO BOGOTA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102648524
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 2001 2025	Nº CDP:	1	Nº. 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 08/02/2025 AL 28/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 150.000,00						
CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE.							
<div> KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS C.C. 22.999.688 de Turbaco Bolivar cel: 3046606606</div>							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	22999638	KAREN IRINA ANGARITA VANEAGAS	carrera 72 N 12 A30	3046606606	karenirinasalud@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSIÓN)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSIÓN)	CANTIDAD	
				NÚMERO PLANILLA	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	84150602	\$919.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EP5008	Compensar EPS	86006942-7	371.400

[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

Código AFP	Nombre	NIT	Col Ob
231001	Colfondos	800227940-6	4

	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aportes FSP - Solidaridad	Aportes FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Cotización Vigencia	0	75.400	0	0	0	0	475.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-11	ARL SURA	800030790-5	72.000

Capacidades	Valor	Aportes Otros		Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
		Sistemas										
				72.400	0	0	72.400			724	72.400	1

TOTALES CAJAS

TOTALES C	
Código CCF	Nombre

ALIAS		NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
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				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor prima de IGE, LMA, IRP y Mora	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

