

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS					
CON C.C Nº 22.999.688					
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		No. HORAS EJECUTADAS 180			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		38.857.425		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 6.750.000	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES 28 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
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	Diligencé 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 institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para la provision del respectivo reemplazo				
17	Participé en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.				
18	Participé activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminucion en los mismos.				
19	Mantuvé al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima 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 riesgo 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-científicos 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				

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01-06-2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	87361747	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/06/2025	\$ 386.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/06/2025	\$ 494.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/06/2025	\$ 75.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 956.000

V. 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.

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS CC No 22.999.688
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 Jhon Jairo Rodriguez A C.C. 387.070 Enfermero Epidemiologo JHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 SUPERVISOR CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15906500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	CC:	22999688
CORREO ELECTRÓNICO:	kangaritamd@gmail.com	TELÉFONO:	3046606606
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 10B N° 75 - 21	CIUDAD:	BOGOTA D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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.

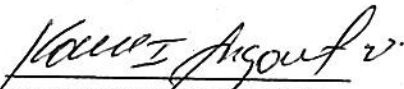
SI ()

NO (X) /

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102648524
--------------------------	-----------------	-----------------	---------	------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2001 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.750.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		



KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS

CEDULA 22.999.688

CELULAR 3046606606

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 3

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEAGAS	carrera 72 N 12 A30	3046506606	karenirinasalud@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05			87361747	\$956.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	386.300

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
231001	Colfondos	800227940-6	494.400

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
231001	Colfondos	800227940-6	494.400

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
14.11	ARL SURA	890803790-5	75.300

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	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	386.300	386.300
Pensión	1	494.400	494.400
Riesgos Laborales	1	75.300	75.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	956.000	956.000

[illegible]