

180

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERS 2	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		FECHA: 2024-09-16	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE					
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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.931.392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27.931.392		TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS		Nº CDP:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO		Nº CDP:	
		DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05		Nº CDP:	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS	
				0	
				0	
				0	
				0	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		N/A		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		N/A	
				N/A	
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. realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.					
2. llevar registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.					
3. cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica					
4. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente					
5. impartir instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado					
6. diligenciar el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.					
7. informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.					
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. apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual					
10. realizar resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera					
11. apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda					
12. promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados					
13. cumplir 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. apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.					
16. cumplir con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la					
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. participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos,					
19. mantener al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente					
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 riesgo 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:	84955210	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/03/2025	\$ 313.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/03/2025	\$ 401.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/03/2025	\$ 61.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 776.800

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. Angarita

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: (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 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 DESPLIEGABLE)	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102648524

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

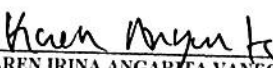
Nº DEL CONTRATO:	PS 2001 2025	Nº CDP:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES (28) VENTIOCHO DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 27.931.392

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025

VALOR A PAGAR
CORRESPONDIENTE AL PERIODO
OBJETO DE COBRO EN
(LETRAS Y NUMEROS)

\$ 9.712.500,00

NUEVE MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS 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. 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:

\$

6.750.000

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

4

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:

84955210

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 (1)	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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

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

JOHAN Jairo Rodriguez Aponte
C.C. 3.087.070
Especialista Epidemiólogo

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

JOHAN JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PERFIL:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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 SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02		I	12/03/2025	84955210	\$776.800	

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EP5008	Compensar EPS	860066942-7	313.900

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Coatización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliada
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	313.900	1

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
231001	Cotizadora	900227940-6	401.700

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0	0		401.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Certificación Obligatoria
14-11	ARL SURA	890603780-5	61/200

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										
			61.200	0	0	61.200			612	61.200	1

TOTALES CAJAS		
Código CCF	Nombre	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	Total a Pagar
Salud	1	313.900	313.900
Pensión	1	401.700	401.700
Riesgos Laborales	1	61.200	61.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEVA	0	0	0
TOTALES	3	776.800	776.800

