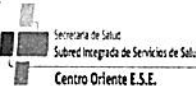


CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			22.999.688		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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	\$ 38.857.425		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.712.500	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	6570	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	5 MESES Y 28 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86587277	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:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 10.926.033	CDP DE LA ADICIÓN:	1275	RP DE LA ADICIÓN:	15050
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ -	RP DE LA ADICIÓN:	\$ -
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	
REALICE 179 HORAS EN LA MOVIL TAM 6984					
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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)✓					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			Johon Jairo Rodríguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S  JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20		

		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 VEINTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 38.857.425	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.712.500		
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	6570	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 MESES Y 28 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PRORROGAS	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ 10.926.033	CDP DE LA ADICIÓN:	1275	CRP DE LA ADICIÓN:	1505
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº 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)				
SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN LA UNIDAD DE SAN BLAS TOTAL DE HORAS 179					
1	Realicé las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.				
2	Llevé registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.				
3	Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica				
4	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente				
5	Impartí instrucciones a la tripulación de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado				
6	Diligencé el consentimiento informado acorde con la atención 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, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención segura de pacientes y demás establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de los mismos				
9	Apoyé a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual				
10	Realicé resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera				
11	Apoyé en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda				
12	Promoví las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados				
13	Cumplí con la aplicación de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia				
14	El seguimiento de inventario se realizó en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes				
15	Apoyé el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente.				
16	Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la				
17	Participé en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran.				
18	Participé activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos,				
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 biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación 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 riego 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-cientificos 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
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	86587277
OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	COMPENSAR
PENSIÓN:	COLFONDOS
RIESGOS LABORALES:	SURA
OTRO	
FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
14/05/2025	\$ 338.000
14/05/2025	\$ 432.600
14/05/2025	\$ 65.900
TOTAL PAGADO	\$ 836.500
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 cps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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: 304660606	

	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: (31/05/2025)						
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:			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102648524
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	BANCO BOGOTA					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2001 2025	Nº CDP:	1275	Nº. RP:	15050	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES (28) VEINTIOCHO DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$38857425
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 6.712.500,00					
	SEIS MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.					
 KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS C.C. 22.999.688 de Turbaco Bolivar cel: 3046606606						

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARATASCALES Y SALUD
CC	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	carrera 72 N 12 A30	3046660606	karenirina.abud@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	1	14/05/2025	8658727	\$836.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensat EPS	860066942.7	338 000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Coartización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	338.000	1

TOTALES PENSIÓN[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	Voluntaria										
14-11	ARL SURA	80900790-5	65,900			65,900	0	0	65,900			659	65,900	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días 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. Administradores Reportados	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	338 000	338 000
Pension	1	432 600	432 600
Riesgos Laborales	1	65 900	65 900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	836 500	836 500

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	carrera 72 N 12 A30	3046606606	karenirinasalud@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLAADOS
					1
					UPC
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$936.500

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES			
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres							CONEXION	Cód. AFP	IBIC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBIC ARL	Clase de Riesgo	Cotización CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	22999688	ANGARITA VANEGAS KAREN IRINA								231001	2.703.591	432.600	0	0	0	0	EPS008	2.703.591	14-11	2.703.591	3	66.000	0	0	0	0	0	0	0	0						

PAGADA