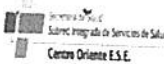


216
h

 <p>Ministerio de Salud y Seguridad Social Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>		<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE</p>		<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p>	
<p align="center">CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</p>					
<p>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA</p>					
<p>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</p>				<p align="right">1.019.084.064</p>	
<p>OBJETO DEL CONTRATO:</p>		<p>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</p>			
<p>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</p>		<p>PS 5114 2025</p>		<p>FECHA INICIO CONTRATO 10/03/2025</p>	
<p>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</p>	<p>\$ 10.080.000</p>	<p>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</p>	<p>UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS</p>		
<p>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</p>	<p>\$ 10.080.000</p>	<p>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</p>	<p>\$ 8.100.000</p>		
<p>Nº DE INFORME:</p>	<p>1</p>	<p>Nº CRP:</p>	<p>11736</p>	<p>Nº CDP:</p>	<p>890</p>
<p>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</p>		<p>UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS</p>			
<p>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</p>					
<p>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</p>		<p>3BL HOSPITAL SAN BLAS JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20</p>			
<p align="center">II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</p>					
<p>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</p>	<p>0</p>	<p>TIPO DE MODIFICACIÓN</p>	<p>ADICIONES</p>	<p>0</p>	<p>PRORROGAS</p>
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>	<p>CRP DE LA ADICIÓN:</p>	<p>TIEMPO PRORROGA DO:</p>	<p>0</p>
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>	<p>CRP DE LA ADICIÓN:</p>	<p>TIEMPO PRORROGA DO:</p>	
<p align="center">III. POLIZAS</p>					
<p>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</p>					
<p>Nº DE PÓLIZA:</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>		<p>X</p>	
<p>FECHA DE LA PÓLIZA</p>	<p>N/A</p>	<p>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</p>		<p>N/A</p>	
	<p>N/A</p>	<p>FECHA DE APROBACIÓN:</p>		<p>N/A</p>	
<p align="center">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)</p>					
<p>ITEM</p>	<p>1 SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN LA UNIDAD DE SAN BLAS TOTAL DE HORAS 216</p>				
<p>2</p>	<p>Realicé las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.</p>				
<p>3</p>	<p>Llevé registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.</p>				
<p>4</p>	<p>Cumplí con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica</p>				
<p>5</p>	<p>Reporté los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente</p>				
<p>6</p>	<p>Impartí instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado</p>				
<p>7</p>	<p>Diligencé el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.</p>				
<p>8</p>	<p>Informé al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.</p>				
<p>9</p>	<p>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</p>				
<p>10</p>	<p>Apoyé a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual</p>				
<p>11</p>	<p>Realicé resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera</p>				
<p>12</p>	<p>Apoyé en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda</p>				
<p>13</p>	<p>Promoví las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados</p>				
<p>14</p>	<p>Cumplí con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia</p>				
<p>15</p>	<p>El seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes</p>				
<p>16</p>	<p>Apoyé el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.</p>				
<p>17</p>	<p>Cumplí con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion;</p>				
<p>18</p>	<p>Participé en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.</p>				
<p>19</p>	<p>Participé activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando</p>				
<p>20</p>	<p>Mantuvé al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente</p>				
<p>21</p>	<p>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</p>				

- 22 Hicé recepción y entrega del paciente al profesional de enfermería y al profesional médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente las demás asignadas por el supervisor.
- 23 Conoció y cumplió la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
- 24 *Utilizó el teléfono institucional para trámite dentro de la siscco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo*
- 25 Cumplió con la respectiva afiliación a la arl en relación al ítem 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
- 26 Asistió y participó en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.
- 27 Realizó seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
- 28 Utilizó un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
- 29 Realizó la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad
- 30 Recibió y entregó las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
- 31 las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		NUEVA		OPERADOR:	NUEVA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:		NUEVA	NUEVA	\$	-
PENSIÓN:		NUEVA	NUEVA	\$	-
RIESGOS LABORALES:		NUEVA	NUEVA	\$	-
OTRO		NUEVA	NUEVA	\$	-
TOTAL PAGADO				\$	-

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

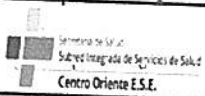
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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.

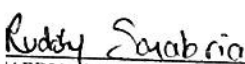
VII. ANEXOS

(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

→ *Ruddy Sanabria*
 SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA
 CC: 1019084064
 CEL: 3195279858

		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-LA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ		CC:	1.019.084.064
CORREO ELECTRÓNICO:		MEDSANABRIA22@GMAIL.COM		RUT (NIT):	1.019.084.064
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CLL 137B N° 57A 60		TELÉFONO:	3195279858
				CIUDAD:	BOGOTÁ D.C
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			()		
a 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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO				N° CUENTA:	488422599644
APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5114 2025	N° CDP:	890	N° RP:	11736
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y DOCE (12) DÍAS	
10/03/2025		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 10.080.000	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 8.100.000			
		OCHO MILLONES CIENTO MIL PESOS MCTE.			
HORAS 216					


SABRIA GACHA RUDDY ANDREA
1019084064
: 3195279858

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
 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.019.084.064

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 5114 2025

FECHA INICIO CONTRATO

10/03/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

10.080.000

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

10.080.000

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

8.100.000

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1

Nº CRP
INICIAL:

11736

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

890

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

NUEVA

OPERADOR:

NUEVA

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 (0)

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.

CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

ITEM

1

¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?

SI

NO

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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
 OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

Johon Jairo Rodriguez A
 C.C 3.087.070
 Enfermero Epidemiólogo
 Especialización G.I.S

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
 CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Ruddy Andrea Sanabria Gacha, identificado(a) con CC número 1019084064, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019084064
NOMBRES Y APELLIDOS	Ruddy Andrea Sanabria Gacha
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	01/12/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	155 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2017
NÍVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	
EDULA DE CIUDADANIA 1019084064	Trabajador Independiente
desde 01/08/2019 - Vigente	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1019084064**, se encuentra afiliado/a desde **18/01/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

10/04/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA** con Cédula de Ciudadanía número **1019084064**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488422599644

Fecha de apertura

26/07/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Medellín, 10 de abril de 2025

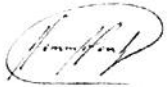
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA identificado(a) con C1019084064 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190840642510053438

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

