

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1019084064		SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 137b #57a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6851459	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1701222380	9489634938	I	2025/08/19	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$810,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días
1	CC	1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	\$2,844,000	\$455,100	EPS005	30	\$2,844,000	\$355,500	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0
Total Afiliados(1)				\$2,844,000				\$455,100				\$2,844,000				\$355,500			

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$455,100	\$0	\$0	\$455,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$455,100	\$0	\$0	\$455,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$355,500	\$0	\$0	\$355,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$355,500	\$0	\$0	\$355,500	
TOTAL				1	\$810,600	\$0	\$0	\$810,600	

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA			CC:	1019084064	
CORREO ELECTRÓNICO:	medsanabria22@gmail.com			TELÉFONO:	3195279858	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 137B 57A 60			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488422599644	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5114 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.750.000					



RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA

PS_5114_2025_67A487

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA

CC: 1019084064

CEL: 3195279858

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

RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA

CON C.C N°

1.019.084.064

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	2025/03/20
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.080.000	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.367.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.750.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

ITEM	II. 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	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
2	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.
3	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
4	Reporté al área de Recursos Físicos Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
5	Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.
6	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
7	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
8	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
9	Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
10	Apoyé a la Entidad en las actividades que demandé según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.
11	Participé en la elaboración de respuestas, reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
12	Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.
13	Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención.
14	Participé en los análisis a los que fui convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
15	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
16	Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.
17	Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
18	Informé al supervisor del contrato cualquier novedad que afecté el cumplimiento de sus obligaciones.
19	Facilité las labores de supervisión que la SUBRED, realicé en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
20	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad.
21	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor.
22	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, de una manera oportuna y pertinente.

23	Brinde una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada.
24	Preste servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
25	Realice las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
26	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocí el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
27	Respete los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde preste la atención.
28	Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
29	Emití conceptos médicos que se le requieran, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados.
30	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades.
31	Las demás asignadas por la supervisión del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
32	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9489634938-9490637915	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/14	\$ 360.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/14	\$ 460.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 821.000

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA PS_5114_2025_67A487 RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA CC: 1019084064</div></div>
---------------------------------------	--

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PS_5114_2025_67A487

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019084064		SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 137b #57a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6851459	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1720946572		9490637915	N	2025/08/19	2025/08/25	BANCO DAVIVIENDA	\$10,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$36,000	\$5,700			\$36,000	\$4,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$36,000	\$5,700			\$36,000	\$4,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$36,000	\$5,700			\$36,000	\$4,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	(\$2,844,000)	(\$455,100)	EPS005	30	(\$2,844,000)	(\$355,500)		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
2	CC 1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	\$2,880,000	\$460,800	EPS005	30	\$2,880,000	\$360,000		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$36,000	\$5,700			\$36,000	\$4,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019084064		SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 137b #57a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6851459	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1720946572	9490637915	N	2025/08/19	2025/08/25	BANCO DAVIVIENDA	6	\$10,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,700	\$100	\$0	\$5,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$5,700	\$100	\$0	\$5,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,500	\$100	\$0	\$4,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$4,500	\$100	\$0	\$4,600	
TOTAL				1	\$10,200	\$200	\$0	\$10,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019084064		SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 137b #57a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6851459	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07			N	2025/08/19				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	(\$2,844,000)	(\$455,100)	EPS005	30	(\$2,844,000)	(\$355,500)		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
2	CC 1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	\$2,880,000	\$460,800	EPS005	30	\$2,880,000	\$360,000		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$36,000	\$5,700			\$36,000	\$4,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,700	\$0	\$0	\$5,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$5,700	\$0	\$0	\$5,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,500	\$0	\$0	\$4,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$4,500	\$0	\$0	\$4,500	
TOTAL				1	\$10,200	\$0	\$0	\$10,200	