

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.200.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
<div><div>RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA PS_5114_2025_9E32D4</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA CC: 1019084064 CEL: 3195279858</div>					

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	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 72.330.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.200.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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	REALICÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI 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	DILIGENCIÉ 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	EJECUTÉ Y DÍ 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 RESUMENES DE HISTORIA CLINICA U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA.
11	APOYÉ EN LA RESPUESTA DE QUEJAS O REQUERIMIENTOS OPORTUNAMENTE CUANDO CORRESPONDA.
12	EJECUTÉ 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	EJECUTÉ EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO, SE HACE EN EL FORMATO MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DIAS DE CADA MES.
15	EJECUTÉ 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	EJECUTÉ 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	MANTENGO AL DIA MEDICAMENTOS DE CONTROL Y SOLICITAR SU CAMBIO EN FECHA PROXIMA 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	EJECUTÉ 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 Y LAS DEMAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR.
22	EJECUTÉ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRAN PARA FORMULAR 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 PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
26	REALICÉ SEGUIMIENTO DIARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL Y REPORTÉ FALENCIAS.
27	UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A MI 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 ENTREGUÉ 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	REALICÉ LAS DEMAS ACTIVIDADES AFINES A MI CARGO QUE SEAN DELEGADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
31	BRINDÉ UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA.

III. 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9497704239	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/08	\$ 405.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/08	\$ 518.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/08	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 923.600

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



RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA
PS_5114_2025_9E32D4

RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA
CC: 1019084064

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PS_5114_2025_9E32D4

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

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																																					
2025-12		2025-12		2068285634			9497704239			I		2026/01/19		2026/01/08		BANCO DAVIVIENDA			0		\$923,600																																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																								
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte																	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$3,240,581	\$518,500			\$3,240,581	\$405,100			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$3,240,581	\$518,500			\$3,240,581	\$405,100			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$3,240,581	\$518,500			\$3,240,581	\$405,100			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1019084064	SANABRIA RUDDY																			25-14	30	\$3,240,581	\$518,500	EPS005	30	\$3,240,581	\$405,100		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0																	
Total Afiliados(1)																									\$3,240,581	\$518,500			\$3,240,581	\$405,100			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$518,500	\$0	\$0	\$518,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$518,500	\$0	\$0	\$518,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$405,100	\$0	\$0	\$405,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$405,100	\$0	\$0	\$405,100
TOTAL				1	\$923,600	\$0	\$0	\$923,600