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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
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						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5114 2025**	**N° CDP:**	**890**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/03/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/04/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 7.200.000**					

RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA
PS_5114_2025_CEC137-2025-07-15 20:33:48

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA
CC: 1019084064
CEL: 3195279858

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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:	$ 10.080.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.200.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS		
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	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.
2	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.
3	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.
4	Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
5	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
6	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, de una manera oportuna y pertinente.
7	Brinde una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada.
8	Realice las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
9	Reportar al área de Recursos Físicos Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
10	Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
11	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
12	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.
13	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.
14	Diligenciar 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.
15	Garantizar 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.
16	Participar 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.
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
19	Prestar 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.

20	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención.
21	Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
22	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	Desarrollar 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.
24	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
25	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad.
28	Acreditar 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.
29	Apoyar en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.
30	Cumplir 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 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
32	NO Asisti ni participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.
33	Realizar consulta, valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488477893	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/09	$ 355.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	$ 455.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 810.600

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_CEC137-2025-07-15 20:33:48* **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_CEC137-2025-07-16 10:44:02* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2025-06	2025-06	1616344142	9488477893	I	2025/07/15	2025/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$810,600

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)					$2,844,000	$455,100			$2,844,000	$355,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,844,000	$455,100			$2,844,000	$355,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,844,000	$455,100			$2,844,000	$355,500			$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
Total		**Afiliados(1)**				$2,844,000	$455,100			$2,844,000	$355,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2025-06	2025-06	1616344142	9488477893	I	2025/07/15	2025/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$810,600

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