

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** 20/03/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO 10.080.000 **No. HORAS EJECUTADAS** 181

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 24.300.000 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.787.500

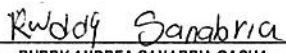
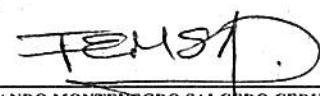
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS 3 MESES 10 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
 (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Realicé las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su 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	Diligencé 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	Conocí y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, 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 resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera
11	Apoyé en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda
12	Promoví 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	El seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
15	Apoyé 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	Participé 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	Mantuvé al día 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	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-científicos 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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 cláusula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01-06-2025) AL (30/06/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9486703574	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/06/2025	\$ 355.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/06/2025	\$ 455.100
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 810.600
V. 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 ibc se calculo 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, 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.			
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA CC No 1.019.084.064		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOHNAIRO RODRIGUEZ A Enfermero Epidemiólogo PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 SUPERVISOR CONTRATO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15906500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05		

 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA			CC:	1019084064
CORREO ELECTRÓNICO:	medsanabria22@gmail.com			TELÉFONO:	3195279858
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 137B 57A-60			CIUDAD:	BOGOTA D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Régimen 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	N° CUENTA:	488422599644
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5114 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.787.500		
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025				
 RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA CEDULA 1.019.084.064 CELULAR 3195279858					

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor	Dias Mora	Valor
Pensión : 2025-05	1546910709	9486703574		1	2025/06/17	2025/06/11	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	
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$355,500	\$0	\$0	\$355,500	
TOTAL				1	\$810,600	\$0	\$0	\$810,600	

Resumen General de Pago

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 #5/a-60	BOGOTÁ-BOGOTÁ 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					
2025-05	2025-05	1546910709	948670374	I	2025/06/17	2025/06/11	BANCO DANVIEDA	0	\$810,600					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES														
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,844,000	\$455,100			\$2,844,000	\$355,500			\$2,844,000	\$355,500
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$2,844,000	\$455,100			\$2,844,000	\$355,500			\$2,844,000	\$355,500
1	CC 1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	\$2,844,000	\$455,100	EP000	30	\$2,844,000	\$355,500		0	\$2,844,000	\$355,500
Total Afiliados(1)					\$2,844,000	\$455,100			\$2,844,000	\$355,500			\$2,844,000	\$355,500