

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. INFORMACIÓN 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:

\$

24.300.000

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

6.900.000

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

2

Nº CRP
INICIAL:

11736

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

890

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

TRES (3) MESES Y VEINTE (20) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9485930474

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

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 (1)

PRORROGA (1)

VALOR ADICIONADO

\$

14.220.000

CDP DE LA
ADICIÓN:

1275

RP DE LA
ADICIÓN:

15152

TIEMPO
PRORROGADO:

DOS (2) MESES

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. VERIFICACIÓN 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	

SE REALIZARON 184 HORAS EN LA MOVIL TAM 6984 EN LA UNIDAD SAN BLAS PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)

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

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA					
NÚMERO DE 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	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (3) MESES Y VEINTE (20) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	24.300.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.900.000	
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	11736	Nº CDP: 890
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTE (20) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	I	PRORROGAS I
VALOR ADICIONADO	\$ 14.220.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1275	CRP DE LA ADICIÓN:	15152
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	N/A	
ITEM	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)				
SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN LA UNIDAD DE SAN BLAS TOTAL DE HORAS 184					
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;				
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,				
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-cientificos 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
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	9485930474
OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	SURA
OTRO	
TOTAL PAGADO	\$ 923.400
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 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 periodo correspondiente	
 SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA CC: 1019084064 CEL: 3195279858	

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA			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:	BOGOTA 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				()		
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						
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488422599644
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5114 2025	N° CDP:	1275	N°. RP:	15152	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (03) MESES Y VEINTE (20) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 24.300.000
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	\$ 6.900.000					
	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE.					
<div>Ruddy Sanabria</div> <div>SANABRIA GACHA RUDDY ANDREA</div> <div>CC: 1019084064</div> <div>CEL: 3195279858</div>						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC. 1019084064		SAMABRIA 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	Limite	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
Pensión 2025-04	1475629739	9485930474		1	2025/05/16	2025/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$923,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$518,400	\$0	\$0	\$518,400	\$518,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$405,000	\$0	\$0	\$405,000	\$405,000
TOTAL				1	\$923,400	\$0	\$0	\$923,400	\$923,400

