

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.162.500	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div>RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA PS_5114_2025_F0EFC3</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 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/03/20

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$10.080.000No. HORAS EJECUTADAS191

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$36.367.500VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$7.162.500

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASOCHO (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	BRINDÉ UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA.
2	REALICÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI PROFESION.
3	DILIGENCIÉ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA.
4	PARTICIPÉ EN LAS DIFERENTES REUNIONES, COMITES, RELACIONADOS CON ASUNTOS TANTO DEL AREA DE MEDICINA COMO DE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE ASI LO REQUIERAN.
5	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.
6	REALICÉ LAS DEMAS ACTIVIDADES AFINES A MI CARGO QUE SEAN DELEGADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
7	INFORMÉ AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE EL TRASLADO A REALIZAR Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS AL MOMENTO DE REALIZAR DICHO TRASLADO.
8	MANTENGO AL DIA MEDICAMENTOS DE CONTROL Y SOLICITAR SU CAMBIO EN FECHA PROXIMA A VENCER O CUANDO SEAN UTILIZADOS POR EL PACIENTE.
9	LLEVÉ REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE SURJAN DURANTE EL TRASLADO
10	APOYÉ A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, DE ACUERDO A LA NATURALEZA CONTRACTUAL.
11	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.
12	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
13	UTILICÉ EL TELEFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.
14	CUMPLÍ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA.
15	REPORTÉ LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
16	REALICÉ RESUMENES DE HISTORIA CLINICA U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA.
17	APOYÉ EN LA RESPUESTA DE QUEJAS O REQUERIMIENTOS OPORTUNAMENTE CUANDO CORRESPONDA.
18	EJECUTÉ LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS.
19	CUMPLÍ CON LA APLICACION DE PROTOCOLOS DISTRITALES DE RESPUESTA A EMERGENCIAS Y CADENA DE CUSTODIA.
20	EJECUTÉ EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO, SE HACE EN EL FORMATO MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DIAS DE CADA MES.
21	IMPARTÍ INSTRUCCIONES A LA TRIPULACION DE LA AMBULANCIA DESIGNADA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR AL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.

22	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.
23	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.
24	EJECUTÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
25	REALICÉ SEGUIMIENTO DIARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL Y REPORTE FALENCIAS.
26	UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A MI ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO.
27	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.
28	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.
29	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.
30	NO CUMPLÍ CON EL DEBIDO . RECIBO Y ENTREGA DE 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.
31	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.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493142656	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/10	\$ 381.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	\$ 488.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 869.300

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_F0EFC3

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_F0EFC3

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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	Valor
2025-09	2025-09	1842606975		9493142656	I	2025/10/16	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	\$869,300

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)					\$3,049,959	\$488,000			\$3,049,959	\$381,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,049,959	\$488,000			\$3,049,959	\$381,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$3,049,959	\$488,000			\$3,049,959	\$381,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC	1019084064	SANABRIA RUDDY	25-14	30	\$3,049,959	\$488,000	EPS005	30	\$3,049,959	\$381,300	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$3,049,959	\$488,000			\$3,049,959	\$381,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

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
2025-09	2025-09	1842606975	9493142656	I	2025/10/16	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$869,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$488,000	\$0	\$0	\$488,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$488,000	\$0	\$0	\$488,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$381,300	\$0	\$0	\$381,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$381,300	\$0	\$0	\$381,300	
TOTAL				1	\$869,300	\$0	\$0	\$869,300	