

192

 <div>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 SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.015.392.707	
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 2022 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.085.056	PLAZO INICIAL DEL	3 MESES Y 28 DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.085.056	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.771.264
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	6588
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES Y 28 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	XXX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XXX
FECHA DE LA PÓLIZA	XXX	FECHA DE APROBACIÓN:	XXX
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)			
ITE	1. realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.		
M	2. llevar registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.		
	3. cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica		
	4. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente		
	5. impartir instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado		
	6. diligenciar el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.		
	7. informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.		
	8. conocer 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. apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual		
	10. realizar resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera		
	11. apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda		

12	12. promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados
13	13. cumplir con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia
14	14. el seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
15	15. apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.
16	16. cumplir 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	17. participar en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.
18	18. participar 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	19. mantener al dia medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente
20	20. verificar 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	21. hacer 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	22. conocer 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	23. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	24. cumplir con la respectiva afiliacion a la ari en relacion al riego 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
25	25. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
26	26. realizar seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	27. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	28. realizar 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	29. recibir 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	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:	1068699170	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/01/2025	\$ 359.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/01/2025	\$ 460.500
RIESGOS LABORALES: RIESGO 4 TRIPULANTE	SURA RIESGO 4	RIESGO 4	\$ -
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 820.300

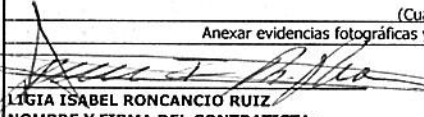
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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, ari, 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.

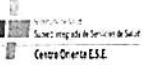
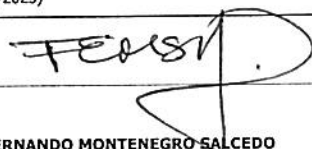
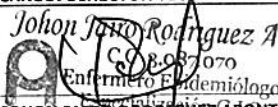
VII. ANEXOS

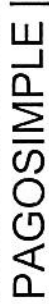
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente


LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
 CC:1015392707
 CEL:3015540093

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ			CC:	1015392707	
CORREO ELECTRÓNICO:	draisabelruiz53@hotmail.com			RUT (NIT):	1015392707	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10A # 7C - 04			TELÉFONO:	3015540093	
				CIUDAD:	BOGOTÁ 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						
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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0325000200206324	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2022 2025	N° CDP:	1	N°. RP:	6588	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES Y 28 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 27,085,056	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02-01-2025 AL 31/12/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	\$					6.771.264
	SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					
 LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1015392707 cel: 3015540093						

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1015392707		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2049 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		27,085,056			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	27,085,056		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.771.264	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(1 de 1)	Nº CRP INICIAL:	6558	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES Y 28 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068699170	OPERADOR:	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION(0)	PRORROGA (0)	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	XX		
Nº DE PÓLIZA:	XXX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX		
FECHA DE LA PÓLIZA	XXX	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX		
IV. 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?			XX	
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?			XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?			XX	
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?			XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?			XX	
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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		 JOHON JAIRÓ RODRÍGUEZ APONTE NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIRC			



**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	
Periodo Cotización:	diciembre de 2024	Periodo Servicio: diciembre de 2024

Numéro Planilla: 1068699170

PAGADO 11/01/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

Razón Social	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ		
Documento	CC1015392707	Dirección	CR 10A #7 C - 04 CASA SEGUNDO PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3015540093
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

[illegible][illegible]

