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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERS** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ROSWEL ARTURO SANCHEZ RUA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.127.956.651

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 4493 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		**5/02/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 20.539.501**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 21.562.500**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.750.000**
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	10901	**N° CDP:**	204
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.022.999**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTE DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.
2	2. llevar registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.
3	3. cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica
4	4. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
5	5. *impartir instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado*
6	6. diligenciar el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.
7	7. informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.
8	8. conocer y dar 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
9	9. apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual
10	10. realizar resumenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera
11	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
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,
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 serviran 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 arl 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 elsupervisor del contrato. "HORAS REALIZADAS 180 en la movil 6984"

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84891789	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	10/03/2025	$ 346.300
PENSIÓN:	PORVENIR	10/03/2025	$ 443.200
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	COLSUBSIDIO		$ 16.700
TOTAL PAGADO			$ 806.200

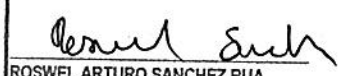
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



ROSWEL ARTURO SANCHEZ RUA
CC: 1.127.956.651 Consulado de Valencia Venezuela
CEL: 3003515735

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1127956651	ROSWEL ARTURO SANCHEZ RUA	Calle 32b #9a sur -10	7059528	roswels7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84891789	$806.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	346.300	0		0		0	0	0	0	346.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	443.200	0	0	0	0	0	0		443.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	16.700	0	0	16.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	346.300	346.300
Pensión	1	443.200	443.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	16.700	16.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	806.200	806.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1127956651	ROSWEL ARTURO SANCHEZ RUA		Calle 32b #9a sur -10	7059528	roswels7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84891789	$806.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro, voluntar	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1127956651	SANCHEZ RUA ROSWEL ARTURO	3	0			N																	230301	2.770.000	443.200	0	0	0	0	EPS010	2.770.000	346.300		0		0	CCF22	2.770.000	16.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información