

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EMPERATRIZ LARA GUERRA		CC:	32769706	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREALAR@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3246814542	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 7F 147-18 APT 305		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002100113899

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5269 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 6.225.000



EMPERATRIZ LARA GUERRA  
PS\_5269\_2025\_457F69

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EMPERATRIZ LARA GUERRA

CC: 32769706

CEL: 3246814542

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

**EMPERATRIZ LARA GUERRA**

**CON C.C N°**

**32.769.706**

**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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5269 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/04/29</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 14.880.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>166</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 41.662.500	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.225.000
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** SIETE (7) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SAN BLAS

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

**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  | Imparti instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado   |
| 2  | Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual   |
| 3  | Cumpli con la programacion para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion.  |
| 4  | Conoci y cumpli con la politica de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora  |
| 5  | Realice el seguimiento diario de medicamentos de control y reporte las novedades.   |
| 6  | Participe 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. |
| 7  | Realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion.   |
| 8  | Lleve registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjieron durante el traslado.   |
| 9  | Cumpli con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica   |
| 10 | Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente   |
| 11 | Utilice el telefono institucional para tramites de despacho y y dando un buen uso.  |
| 12 | Cumpli con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riego 4.  |
| 13 | Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones que se programaron por el supervisor  |
| 14 | Realice la 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.   |
| 15 | Realice resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos.   |
| 16 | Apoye en la respuestas a quejas o requerimientos oportunamente.   |
| 17 | Promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados   |
| 18 | Cumpli con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia  |
| 19 | Realice seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes  |
| 20 | Utilice un vestuario acorde a las ctividades contractuales.   |
| 21 | Realice la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación.  |
| 22 | Recibi y entregue las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales.   |
| 23 | Participe en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos.  |
| 24 | Mantuve al dia los medicamentos de control y solicite el cambio por proximos a vencer.  |
| 25 | Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomedicos que hacen parte de las ambulancias e informe de las novedades presentadas.   |
| 26 | Cumpli con los procedimientos, guias, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes   |
| 27 | Apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.  |
| 28 | Realice las actividades dirigidas por el supervisor del contrato  |
| 29 | Diligencie el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.   |
| 30 | Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.   |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)



IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89782914	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 420.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	\$ 538.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 959.600</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>EMPERATRIZ LARA GUERRA</b> PS_5269_2025_457F69 <hr/> <b>EMPERATRIZ LARA GUERRA</b> <b>CC: 32769706</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> PS_5269_2025_457F69 <hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	32769706	EMPERATRIZ LARA GUERRA		Cra 1a 65 25 torre B apto 204	3246814542	ANDREALAR@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

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	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89782914	\$1.041.700	

### 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	418.500	0		0		0	9	2.400	0	420.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	535.600	0	0	0	0	9	3.100	0	538.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	81.600				81.600	9	500	82.100			816	82.100	1

#### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

#### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	9	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	9	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	418.500	420.900
Pensión	1	535.600	538.700
Riesgos Laborales	1	81.600	82.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.035.700</b>	<b>1.041.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	32769706	EMPERATRIZ LARA GUERRA		Cra 1a 65 25 torre B apto 204	3246814542	ANDREALAR@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89782914	\$1.041.700		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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
1	CC	32769706	LARA GUERRA EMPERATRIZ	59	0			N								X									25-14	3.347.303	535.600	0	0	0	0	EPS008	3.347.303	418.500	14-11	3.347.303	3	81.600		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA