

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	DIANA LILIAM RINCON DIAZ		<b>CC:</b>	52824005
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	DIANALRDCLARIDAD@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3142532458
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 79 19 20 TO 2 AP 1203		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 492300021630

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 4850 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 6.750.000
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/02/12	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



DIANA LILIAM RINCON DIAZ  
 PS\_4850\_2025\_BF6B0F

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

DIANA LILIAM RINCON DIAZ

CC: 52824005

CEL: 3142532458

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

**DIANA LILIAM RINCON DIAZ**

**CON C.C N°**

**52.824.005**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 4850 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/02/12**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

17.830.995

**No. HORAS EJECUTADAS**

**180**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

50.560.050

**VALOR DE HONORARIOS**

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 6.750.000

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

DIEZ (10) 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	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 atención 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 notificación 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	Diligencié 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, 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	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	Él seguimiento de inventario se realizará en el formato miur-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 programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo.
17	Participé en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran.
18	Participé 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 disminución en los mismos.
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 biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos.
21	Hicé recepción y entrega del paciente al profesional de enfermería y al profesional médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente las demás asignadas por el supervisor.
22	Conocí y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.
23	Utilicé el teléfono 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 afiliación a la arlé en relación al riego 4 contenidas en el formato Página 3 de 5 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
25	Asistí y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-científicos 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 notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.
29	Recibí y entregar las novedades y el vehículo 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 demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

### 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 35363744	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/13	\$ 364.400
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/11/13	\$ 460.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 825.200



### 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 ningún 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

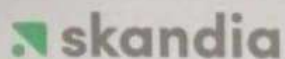
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 DIANA LILIAM RINCON DIAZ PS_4850_2025_BF6B0F <hr/> <b>DIANA LILIAM RINCON DIAZ</b> <b>CC: 52824005</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_4850_2025_BF6B0F <hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

RAZÓN SOCIAL :	DIANA LILIAM RINCON DIAZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52824005
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-13
FECHA DE PAGO:	2025-11-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35363744
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35363744
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 2.900.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.900	\$ 362.500	\$ 364.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 1.900	\$ 362.500	\$ 364.400

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/12/2025
----------------------------------	------------



**SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS S.A.**

**EN CALIDAD DE ADMINISTRADORA DE LOS FONDOS DE PENSIONES**

**OBLIGATORIAS**

**CERTIFICA QUE**

El (la) señor (a) **DIANA LILIAM RINCON DIAZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52.824.005 se encuentra pensionado (a) por Pensión de Invalidez.

El monto de la mesada para el año 2019 es de \$1.960.080 (Un Millón Novecientos Sesenta Mil Ochenta Pesos m/cte.). De dicho valor, en cumplimiento de la legislación vigente se descontará el 12% para aporte a E.P.S.

Esta certificación es válida para afiliación a EPS si la selección de modalidad de pensión corresponde a retiro programado o renta temporal a cargo de SKANDIA.

Precisamos que la afiliación al POS debe efectuarse con el N.I.T. 800.253.055-2

Es importante aclarar que SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS S.A. no emite resoluciones, en su lugar, se expide la presente certificación en Bogotá a los 25 días de septiembre de 2019.

Cordialmente,

**Adriana Gomez Romero**  
Coordinadora Gestión de Prestaciones  
SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS S.A.  
CSUAREZ.