**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)** | | | | | |
| **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** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2882 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.856.200** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/02** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/05/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31** | | | | |

*RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA*
*PS_2882_2026_C2DC3A*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA**
**CC: 1019084064**
**CEL: 3195279858**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2882 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/02** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 28.338.960 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **180** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 28.338.960 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.856.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) 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 | REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. |
| 2 | ELABORÉ LA HISTORIA CLINICA CONFORME A LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PARA TRASLADO ASISTENCIAL SECUNDARIO (CODIGO: MI-UR-FT-017), ASI COMO EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO TRASLADO ASISTENCIAL (MI-UR-FT-015), ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA. |
| 3 | BRINDÉ INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN AL PACIENTE Y A SU FAMILIA ACERCA DE LA CONDICIÓN CLÍNICA, LOS PLANES DE MANEJO Y LAS RECOMENDACIONES, ASÍ COMO RESOLVER CUALQUIER INQUIETUD RELACIONADA CON EL PROCESO DE TRASLADO. |
| 4 | PARTICIPÉ DE MANERA ACTIVA Y COMPROMETIDA EN LAS CAPACITACIONES, COMITES, REUNIONES Y ACTIVIDADES DE SERVICIO ORGANIZADAS POR LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, ASI COMO POR LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS. |
| 5 | GARANTICÉ LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS CLINICOS. |
| 6 | REALICÉ EL CONTROL, CONSERVACIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y CAMILLA DE LA AMBULANCIA, UTILIZANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES Y SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS LOS PRIMEROS 7 PRIMEROS DIAS DEL MES, FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA. |
| 7 | CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASI COMO REPORTAR EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES. |
| 8 | COMUNIQUÉ OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. |
| 9 | RECIBÍ Y ENTREGUE AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O MEDICO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, SEGUN LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, BRINDANDO ATENCION ADECUADA TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA, MANTENIENDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. |
| 10 | GARANTICÉ EL USO CORRECTO Y RESPONSABLE DEL RADIO DE COMUNICACIONES DE LA AMBULANCIA, ASEGURANDOSE DE MANTENER UNA COMUNICACIÓN CONSTANTE Y FLUIDA CON LA BASE. INFORMAR DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA CUALQUIER NOVEDAD, INCIDENTE O SITUACION RELEVANTE QUE OCURRA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, TANTO AL INICIO COMO AL FINAL DE CADA TURNO, ASI COMO DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. |
| 11 | CUMPLÍ LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE FUERÓN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL 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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9500583635 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/03/09 | $ 405.100 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/03/09 | $ 518.500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/03/09 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 923.600 |

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*<br>*PS_2882_2026_C2DC3A*<br>**RUDDY ANDREA SANABRIA GACHA**<br>**CC: 1019084064** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE*<br>*PS_2882_2026_C2DC3A*<br>**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

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 |
| 2026-02 | 2026-02 | 125422391 | 9500583635 | I | 2026/03/16 | 2026/03/09 | NEQUI | 0 | $923,600 |

**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)** | | | | | $3,240,581 | $518,500 | | | $3,240,581 | $405,100 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $3,240,581 | $518,500 | | | $3,240,581 | $405,100 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $3,240,581 | $518,500 | | | $3,240,581 | $405,100 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1019084064 | SANABRIA RUDDY | 25-14 | 30 | $3,240,581 | $518,500 | EPS005 | 30 | $3,240,581 | $405,100 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $3,240,581 | $518,500 | | | $3,240,581 | $405,100 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

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 |
| 2026-02 | 2026-02 | 125422391 | 9500583635 | I | 2026/03/16 | 2026/03/09 | NEQUI | 0 | $923,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $518,500 | $0 | $0 | $518,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $518,500 | $0 | $0 | $518,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $405,100 | $0 | $0 | $405,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $405,100 | $0 | $0 | $405,100 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$923,600** | **$0** | **$0** | **$923,600** |