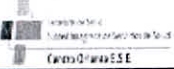
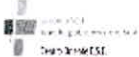
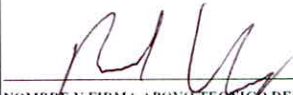
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,143,374,650		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1101 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,931,392		30-04-2025 TREINTA DE ABRIL DE DOS MIL VEINTICINCO	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES		4489	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL		Nº CDP:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA		1	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
ITEM		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. 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)		N/A		N/A	
1		Se realizaron consultas medicas de consulta externa y prioritaria			
2		Se diligenciaron los RIPS correspondientes a las citas atendidas.			
3		Se prestó atención de consulta externa bajo los estándares de calidad posibles.			
4		Se participo en la gestión de la notificación a SIVIGILA.			
5		Se diligenciaron adecuadamente la historia clínica y ordenes médicas.			
6		Se portó el carnet de la SUBRED para la prestación del servicio.			
7		Se cumplió con el horario de turnos establecidos.			
8		Se cumplieron normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental			
9		Se entregó el comprobante de pago de la seguridad social			
10		CANTIDAD HORAS 184 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1101 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9483005060		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		APORTES EN LINEA	
SALUD:		FAMISANAR		FECHA DE PAGO	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		VALOR PAGADO	
RIESGOS LABORALES:		SURA		11/4/2025	
OTRO		CCF - COMPENSAR		\$ 349,200	
TOTAL PAGADO		\$ 55,900		11/4/2025	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		\$ 852,100			
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension. rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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					
Brandon Gomez					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA CC: 1143374650 CEL: 3148146353					

		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: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/4/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA			CC:	1143374650
CORREO ELECTRÓNICO:	brandong994@hotmail.com			RUT (NIT):	52850231-7
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 96B # 17B -40			TELÉFONO:	3148146353
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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 artículo 1.2.4.1.6 y					
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:	BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					058270128513
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1101 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	4489
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/4/2025 AL 30/4/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 6,691,896 SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
<div style="text-align: center;">  BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA C.C 1143374650 cel: 3148146353 </div>					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-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			BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,143,374,650		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1101 2025	FECHA INICIO CONTRATO		1/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	27,931,392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 6,691,896
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	4489	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9483005060	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA.				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA POLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	
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?			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 (1/4/2025) AL (30 4/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA.			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143374650		GÓMEZ GARCÍA BRANDON STEWART	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 96B #17B-40	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1402669707	9483005060	I	2025/04/11	2025/04/10	NEQUI	0	\$852,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																														
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	isp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	act	iri	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$2,793,139	\$447,000			\$2,793,139	\$349,200			\$2,793,139	\$55,900			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$852,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$2,793,139	\$447,000			\$2,793,139	\$349,200			\$2,793,139	\$55,900			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$852,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								\$2,793,139	\$447,000			\$2,793,139	\$349,200			\$2,793,139	\$55,900			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$852,100
1	CC	1143374650	GOMEZ BRANDON	C																25-14	30	\$2,793,139	\$447,000	EPS017	30	\$2,793,139	\$349,200	CCF24	30	\$2,793,139	\$55,900	0	\$0	0.000%	\$0	30	\$0	\$0	No	\$852,100						
Total Afiliados(1)																								\$2,793,139	\$447,000			\$2,793,139	\$349,200			\$2,793,139	\$55,900			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$852,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143374650		GOMEZ GARCIA BRANDON STEWART	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 96B #17B-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1402669707	9483005060	I	2025/04/11	2025/04/10	NEQUI	0	\$852,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$447,000	\$0	\$0	\$447,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$447,000	\$0	\$0	\$447,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$55,900	\$0	\$0	\$55,900	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$55,900	\$0	\$0	\$55,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$349,200	\$0	\$0	\$349,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$349,200	\$0	\$0	\$349,200	
TOTAL				1	\$852,100	\$0	\$0	\$852,100	