	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 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**		**1/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 27,931,392**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	30/04/2025 TREINTA DE ABRIL DE DOS MIL VEINTICINCO		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 27,931,392**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$6,982,848**
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	4489	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
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 192 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1101 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9481611035**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**12/2/2025**	**$ 349,200**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**12/2/2025**	**$ 447,000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**12/2/2025**	**$ 68,100**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 864,300**

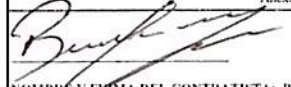
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 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 periodo correspondiente



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: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA**	**CC:**	**1143374650**
		RUT (NIT):	52850231-7
CORREO ELECTRÓNICO:	brandong994@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3148146353
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 96B # 17B –40	**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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**058270128513**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1101 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. 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 01/2/2025 AL 28/2/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**6,982,848**
	SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOSIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE					

BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA
C.C 1143374650
cel: 3148146353

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN 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:**		$ 6,982,848
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	**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:		9481611035	**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:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				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 PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	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 (1/2/2025) AL (28 2/2025)

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**

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 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
2025-01	2025-01	1260777178	9481611035	I	2025/02/13	2025/02/12	NEQUI	0	$864,300

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
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$68,100	$0	$0	$68,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$68,100	$0	$0	$68,100
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**	**$864,300**	**$0**	**$0**	**$864,300**

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
2025-01	2025-01	1260777178	9481611035	I	2025/02/13	2025/02/12	NEQUI	0	$864,300

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)						**$2,793,139**	**$447,000**			**$2,793,139**	**$349,200**			**$0**	**$0**			**$2,793,139**	**$68,100**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$2,793,139**	**$447,000**			**$2,793,139**	**$349,200**			$0	$0			**$2,793,139**	**$68,100**		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$2,793,139**	**$447,000**			**$2,793,139**	**$349,200**			$0	$0			**$2,793,139**	**$68,100**		$0	$0
1	CC	1143374650	GOMEZ BRANDON	25-14	30	$2,793,139	$447,000	EPS017	30	$2,793,139	$349,200		0	$0	$0	14-11	30	$2,793,139	$68,100	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$2,793,139**	**$447,000**			**$2,793,139**	**$349,200**			$0	$0			**$2,793,139**	**$68,100**		$0	$0