

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA			CC:	1143374650	
CORREO ELECTRÓNICO:	BRANDONG994@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3148146353	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 96 B 17 B 40			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0389480963	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1101 2025	N° CDP:	1797	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.728.265					



BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA
PS_1101_2025_9D845F-2025-07-17 10:07:03

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA
CC: 1143374650
CEL: 3148146353

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA

CON C.C N° 1.143.374.650

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392	No. HORAS EJECUTADAS	185
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 55.462.725	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.728.265
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA

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	1. Se realizaron consultas medicas de consulta externa y prioritaria
2	2. Se diligenciaron los RIPS correspondientes a las citas atendidas.
3	3. Se prestó atención de consulta externa bajo los estándares de calidad posibles.
4	4. Se participo en la gestión de la notificación a SIVIGILA.
5	5. Se diligenciaron adecuadamente la historia clínica y ordenes médicas.
6	6. Se portó el carnet de la SUBRED para la prestación del servicio.
7	7. Se cumplió con el horario de turnos establecidos.
8	8. Se cumplieron normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental
9	9. Se entregó el comprobante de pago de la seguridad social

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9488371557	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/07/14	\$ 349.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/14	\$ 447.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 797.800

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



BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA

PS_1101_2025_9D845F-2025-07-17 10:07:03

BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA

CC: 1143374650

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GUILLERMO RUBIO GUIZA

PS_1101_2025_9D845F-2025-07-17 15:22:06

GUILLERMO RUBIO GUIZA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000574	9488371557	I	2025/07/11	2025/07/14	BANCO DE BOGOTA	3	\$853,90

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

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR