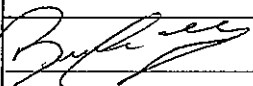
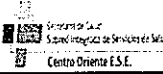
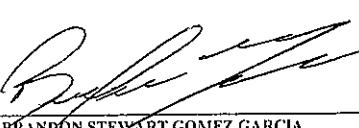
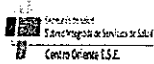
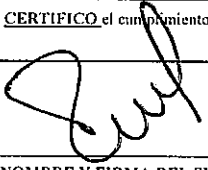
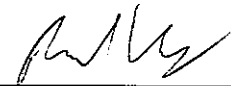
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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	
				1/01/2025	
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:	
				\$6.873.741	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
				4489	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES		Nº CDP:	
				1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
				PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA POLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)					
ITEM					
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 189 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1101 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9483004854		OPERADOR:	
				AFORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		\$ 349.200	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		\$ 447.000	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rui)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo sscop 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 - GESTIÓN 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: 31/3/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BRANDÓN 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:	BBVA		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	1/3/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/3/2025 AL 31/3/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 6.873.741				
	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE				
 BRANDÓN STEWART GOMEZ GARCIA C.C/1143374650 cel: 3148146353					

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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
			1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.931.392	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.873.741
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	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:		9483004854	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):	ADICIÓN (0)
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE	N/A
IV. VERIFICACIÓN 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/3/2025) AL (31/3/2025)			
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	

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 1143174650		GOMEZ GARCIA BRANDON STEWART	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 968 #17B-40	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
Pensión 2025-02	1328912749	9483004854	1	2025/03/13	2025/03/11	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)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$447,000	\$0	\$0	\$447,000	\$447,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$68,100	\$0	\$0	\$68,100	\$68,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$349,200	\$0	\$0	\$349,200	\$349,200
TOTAL				1	\$864,300	\$0	\$0	\$864,300	\$864,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	Mo
CC 1143374650		GOMEZ GARCIA BRANDON STEWART	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAR 948 #17B-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor				
Pensión	Salud	Planilla	Limite	Pago <td>Valor</td>	Valor				
2025-02	1328912749	9483004854	2025/03/13	2025/03/11 NEQUI	\$864,300				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					
1	CC 1143374650	GOMEZ BRANDON	25-14	30	\$2,793,139	\$447,000	EP5017	30	\$2,793,139	\$349,200		0	\$0	\$2,793,139	\$68,100	14-11	30	\$2,793,139	\$68,100		
Total				Afiliados(1)																	