

		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: (31-10-2025)					
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:	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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.437.313	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div>BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA PS_1101_2025_DB99B6</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA CC: 1143374650 CEL: 3148146353</div>					

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	177	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 68.919.255	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.437.313	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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. Preste mis servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme a la normatividad con calidad según las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E.			
2	2. Se diligencio el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente recogiendo firma de cada uno de los pacientes según el tipo de historia			
3	3. Realizo planes de mejoramiento continuo con el fin de brindar servicios de calidad para los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.			
4	4. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.			
5	5. Se notifico los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.			
6	6. En cada consulta cumplo con las normas de bioseguridad.			
7	7. Se notifica según el ente los procesos de gestión y operación de: SIVIGILA y EEVV.			
8	8. Se realizan actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS).			
9	9. Realizo historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred entregando la documentación correspondiente.			
10	10. Se realizan las actividades de fortalecimiento y acreditación conforme a los parámetros de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E			
11	11. Cumpló de manera oportuna y eficaz las funciones especificas cumpliendo horas y fechas establecidas según cada consulta medica realizada siguiendo los protocolos que se exigen según lo establecido por la subred			
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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9492367007	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/21	\$ 350.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/21	\$ 449.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/21	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 799.700
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	<div><div>BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA PS_1101_2025_DB99B6</div><hr/>BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA CC: 1143374650</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA PS_1101_2025_DB99B6</div><hr/>GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

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	CRR15#48-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1000000149		9492367007	I	2025/10/14	2025/10/21	BANCO DE BOGOTA	\$855,900

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	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,793,139	\$447,000			\$2,793,139	\$349,200			\$2,793,139	\$55,900			\$0	\$0		\$0	\$0	
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	
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	
1	CC	1143374650	GOMEZ BRANDON	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	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,793,139	\$447,000			\$2,793,139	\$349,200			\$2,793,139	\$55,900			\$0	\$0		\$0	\$0	

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	CRR15#48-21	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
2025-09	2025-09	1000000149	9492367007	I	2025/10/14	2025/10/21	BANCO DE BOGOTA	7	\$855,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$447,000	\$2,000	\$0	\$449,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$447,000	\$2,000	\$0	\$449,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$55,900	\$300	\$0	\$56,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$55,900	\$300	\$0	\$56,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$349,200	\$1,500	\$0	\$350,700	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$349,200	\$1,500	\$0	\$350,700	
TOTAL				1	\$852,100	\$3,800	\$0	\$855,900	