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 DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1541 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13,965,696**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20/03/2024 VEINTE DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 76,520,376**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$6,982,848**
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	14371	**N° CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y OCHO (8) DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	$ 6,982,848	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20984	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,982,848	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23868	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 9,310,464	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29148	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (8) OCHO DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,400,649	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32994	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 20,948,544	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36527	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 13,929,327	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3755	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46875	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° 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 especificas 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 1541 2024

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94786564 7	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	09 12 24	849200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09 12 24.	447900
RIESGOS LABORALES:	SURA	SURA	68.100
OTRO			
	TOTAL PAGADO		869300

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2.- Que realice 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, pensión, 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

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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA**	**CC:**	**52850231**
		RUT (NIT):	52850231-7
CORREO ELECTRÓNICO:	brandong694@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 titulo 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 1541 2024**	**N° CDP:**	**3755**	**N°. RP:**	**46875**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y OCHO (8) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 76,520,376**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
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 Gomez

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 1541 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				13,965,696
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	76,520,376	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	6,982,848
N° PAGO / N° DE INFORME:	(12)	N° CRP INICIAL:	14371	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y OCHO (8) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	91478665647		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

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 6,982,848	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	20984	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,982,848	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23868	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 9,310,464	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29148	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y (8) OCHO DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,400,649	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	32994	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 20,948,544	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36527	TIEMPO PRORROGADO:	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 13,929,327	CDP DE LA ADICIÓN:	3755	RP DE LA ADICIÓN:	46875	TIEMPO PRORROGADO:	(2) DOS MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

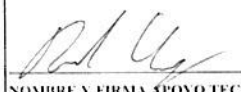
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

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 (1/12/2024) AL (31/12/2024)

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

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1143374650		GOMEZ GARCIA BRANDON STEWART	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	brandong994@hotmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3148146353

Clave: 9478665647

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2024/12/12	0	$0	$864,300
2024/12/13	1	$700	$865,000
2024/12/16	4	$2,400	$866,700
2024/12/17	5	$3,000	$867,300
2024/12/18	6	$3,500	$867,800
2024/12/19	7	$4,200	$868,500
2024/12/20	8	$4,700	$869,000
2024/12/23	11	$6,400	$870,700
2024/12/24	12	$7,000	$871,300
2024/12/26	14	$8,200	$872,500

Periodo Pensión: 2024-11 **Periodo Salud: 2024-11**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$447,000
COLPENSIONES		1	$447,000
ARL	1	1	$68,100
ARL SURA		1	$68,100
EPS	1	1	$349,200
FAMISANAR		1	$349,200
SUBTOTAL			$864,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$864,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty éxito SURTIMAX

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

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
2024-11	2024-11	1111879562	9478665647	I	2024/12/12	2024/12/09	NEQUI	0	$864,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl 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			$0	$0			$2,793,139		$68,100		$0	$0		$864,300
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		$864,300
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		$864,300
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	2.436%	$68,100	0	$0	$0	No	$864,300
Total Afiliados(1)						$2,793,139	$447,000			$2,793,139	$349,200			$0	$0			$2,793,139		$68,100		$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
2024-11	2024-11	1111879562	9478665647	I	2024/12/12	2024/12/09	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**