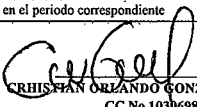
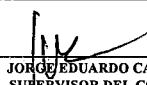


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y CHRISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA			
		CON C.C.Nº	1.030.698.429
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.		PS 1679 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	25.392.240	Nº HORAS EJECUTADAS 258
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	49.162.198	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 9.098.886
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JORGE EDUARDO CARO CARO	
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHEs la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clinica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.		
2	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHEs la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clinica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad.		
3	Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalización partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHEs de la Victoria y Materno Infantil.		
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.		
5	Lidera el programa de parto humanizado, sexología clínica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos estadísticos, indicadores y registros.		
6	Cumple con el código de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecología y obstetricia, así como la socialización y cumplimiento en la divulgación de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institución.		
7	Realiza el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.		
8	Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clínicas para los análisis previos y con la SDS de pacientes con sífilis gestacional, VI, mortalidad materna, morbilidad materna extrema.		
9	Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecología y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial.		
10	Garantiza la reserva y la custodia de los documentos de los pacientes.		
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia		
12	Ponó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales		
13	Cumpló oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº. DE PLANILLA:	87354376	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	12/06/2025	\$ 476.900
PENSIÓN:	PORVENIR	12/06/2025	\$ 610.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/06/2025	\$ 93.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.180.200
V. 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, 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.			
VI. 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		 CHRISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA CC No 1030698429	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 JORGE EDUARDO CARO CARO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

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: 30/06/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA			CC:	1030698429
				RUT:	XXXXX
CORREO ELECTRÓNICO:	cgonzalez29@uan.edu.co			TELÉFONO:	304 4855610
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 186d#46-16			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Régimen 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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 4884 4342 3881
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1679 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL	\$ 9.098.886		
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025	\$	49.162.198
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	\$ 9.098.886				
 CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA C.C 1030698429 cel: 304 4855610					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030698429	CHRISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA		calle 184 bis #15 b 49	7272327	cgonzalez29@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
					NO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLAADOS
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87354376	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$1'180.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Apoyante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800724808-8	609.500	0	0	0	0	2	800	0	610.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldos a Favor	Valor Saldos a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SUPRA	80093375045	82.800		82.800	2	1.200	93.000			928	93.000	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre		NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LWA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	476.200	476.900
Pensión	1	609.500	610.300
Riesgos Laborales	1	92.900	93.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.178.500	1.180.200