

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ			CC:	7173494
CORREO ELECTRÓNICO:	JONTHFLECHAS@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3153690805
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 106 54 81			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008770120577

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3165 2025	N° CDP:	1796	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						\$ 8.688.750



JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ
PS_3165_2025_FD7D10-2025-07-15 08:09:15

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ

CC: 7173494

CEL: 3153690805

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ

CON C.C N°

7.173.494

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO NEFROLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3165 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 34.755.000	No. HORAS EJECUTADAS	70
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 69.510.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.688.750
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
-------------------------------	--------------------------------

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)

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	responder interconsultas de nefrologia
2	registro de evolucion en la historia clinica de los pacientes ambulatorios
3	evolucion de los pacientes hospitalizados
4	formulacion de medicamentos a los pacientes ambulatorios
5	realizacion de mipres en la plataforma para los pacientes ambulatorios como medicamentos y transporte
6	solicitud de exámenes ambulatorios a los pacientes renales

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° 9488608176	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/07/08	\$ 907.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/08	\$ 1.234.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/08	\$ 176.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.318.500

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 ibr 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



JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ

PS_3165_2025_FD7D10-2025-07-15 08:09:15

JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ

CC: 7173494

FIRMA DE QUIEN VALIDA



VANESSA CORREDOR GUZMAN

PS_3165_2025_FD7D10-2025-07-15 17:19:45

VANESSA CORREDOR GUZMAN

SUPERVISOR ALTERNO

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



YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

PS_3165_2025_FD7D10-2025-07-15 20:43:33

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7173494		FLECHAS LOPEZ JONTH ALBERTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 106A 54 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6245918	No

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	1611772962	9488608176	I	2025/07/22	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,318,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 7173494	FLECHAS JONTH	230301	30	\$7,259,268	\$1,234,100	EPS001	30	\$7,259,268	\$907,500	0		\$0	\$0	14-11	30	\$7,259,268	\$176,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$7,259,268	\$1,234,100			\$7,259,268	\$907,500			\$0	\$0			\$7,259,268	\$176,900		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,234,100	\$0	\$0	\$1,234,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,234,100	\$0	\$0	\$1,234,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$176,900	\$0	\$0	\$176,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$176,900	\$0	\$0	\$176,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$907,500	\$0	\$0	\$907,500	
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$907,500	\$0	\$0	\$907,500	
TOTAL				1	\$2,318,500	\$0	\$0	\$2,318,500	