

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------|---------|------------|--------------|
| 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: | 2525 | N°. RP: | 0 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/09/01 | | | |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | | | | | | \$ 8.688.750 |



JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ
PS_3165_2025_44C896

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: \$ 86.887.500 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 8.688.750

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) 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)

- | | |
|---|--|
| 1 | Responder las interconsultas de nefrología de la subred centro oriente |
| 2 | Evolucionar mensualmente los pacientes del programa de la unidad renal ambulatoria |
| 3 | Evolucionar los pacientes que se encuentran hospitalizados |
| 4 | Formular medicamentos a los pacientes pertenecientes del programa |
| 5 | Realizacion de mipres de transporte en la plataforma para los pacientes de la unidad renal ambulatoria |
| 6 | Solicitud de citas con otras especialidades y exmanes ambulatorios a los pacientes |

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 9490352414 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | ALIANSA SALUD | 2025/08/19 | \$ 907.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/08/19 | \$ 1.234.100 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/08/19 | \$ 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_44C896

JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ

CC: 7173494

FIRMA DE QUIEN VALIDA



VANESSA CORREDOR GUZMAN

PS_3165_2025_44C896

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_44C896

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 |
| 2025-07 | 2025-07 | 1705425795 | 9490352414 | I | 2025/08/26 | 2025/08/19 | 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 LOPEZ JONTH ALBERTH | 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 | |
| ALIANSA SALUD 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 | |