

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS		<b>CC:</b>	72342806
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	algtiva23@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3113594545
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CALLE 144 # 11A - 33 CASA 10		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 006700663922

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 4617 2025	<b>N° CDP:</b>	2519	<b>N°. RP:</b>	0	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS</b> PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/02/07	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/10/31			
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
<b>VALOR A PAGAR</b> <b>CORRESPONDIENTE AL PERIODO</b> <b>OBJETO DE COBRO</b>						<b>\$ 8.030.820</b>



ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS  
 PS\_4617\_2025\_DFDA32

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**  
**ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS**  
**CC: 72342806**  
**CEL: 3113594545**

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

**ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS**

CON C.C N°

72.342.806

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4617 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/02/07</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 28.910.952	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>84</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 76.770.815	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 8.030.820
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

**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  | Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas   |
| 2  | Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.   |
| 3  | Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación. |
| 4  | Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.  |
| 5  | Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.   |
| 6  | Colabore activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.   |
| 7  | Participe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.   |
| 8  | Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.   |
| 9  | Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.  |
| 10 | Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional.  |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9491936332	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/09/18	\$ 631.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/18	\$ 808.100
RIESGOS LABORALES:	COLSANITAS	2025/09/18	\$ 123.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.562.500

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 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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS PS_4617_2025_DFDA32</p> <hr/> <p><b>ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS</b> <b>CC: 72342806</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_4617_2025_DFDA32</p> <hr/> <p><b>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72342806		GUTIERREZ VARGAS ALFREDO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127b # 71a - 99 APTO 210 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2045572	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1787149426	9491936332	I	2025/09/02	2025/09/18	BANCO DAVIVIENDA	16	\$1,562,500

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		
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000				\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000				\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000				\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800			\$0	\$0	
1	CC 72342806	GUTIERREZ ALFREDO		230301	30	\$5,000,000	\$800,000	EPS001	30	\$5,000,000	\$625,000	0		\$0	\$0	14-33	30	\$5,000,000	\$121,800	0		\$0	\$0	
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000				\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72342806		GUTIERREZ VARGAS ALFREDO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127b # 71a - 99 APTO 210 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2045572	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1787149426	9491936332	I	2025/09/02	2025/09/18	BANCO DAVIVIENDA	16	\$1,562,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$800,000	\$8,100	\$0	\$808,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$800,000	\$8,100	\$0	\$808,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$121,800	\$1,300	\$0	\$123,100	
COLSANITAS ARL	14-33	901,469,580	2	1	\$121,800	\$1,300	\$0	\$123,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$625,000	\$6,300	\$0	\$631,300	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$625,000	\$6,300	\$0	\$631,300	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,546,800</b>	<b>\$15,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,562,500</b>	