

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ			CC:	80101867
CORREO ELECTRÓNICO:	gilbert.g.gonza@icloud.com			TELÉFONO:	3108449602
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49A BIS SUR 2 24 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	05300003050

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5910 2025	N° CDP:	2463	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UNO (1) MESES Y VEINTE Y DOS (22) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/10	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						\$ 2.100.000



GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ
PS_5910_2025_64C1C5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ
CC: 80101867
CEL: 3108449602

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

GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ

CON C.C N°

80.101.867

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5910 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.640.000	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.840.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.100.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES Y VEINTE Y DOS (22) DÍAS
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ
-------------------------------	----------------------

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	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor de contrato.
2	Realice solicitudes de afiliación de oficio a los pacientes que aplican, según verificación de derechos
3	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA Y/O LAS INSTITUCIONALES
4	No se realizó gestión al 100% de los pendientes reportadas por las técnicas
5	No cumplí con el 100% Subí las autorizaciones de las urgencias reportadas a cada una de las ERP en el sistema de Información Dinámica Gerencial en el ÍTEM de Requerimientos y realice actualización periódica del paciente durante la estancia en la institución
6	Relacione en el DRIVE (dispuesto para gestión de autorizaciones de Urgencias), todos los ingresos a los cuales se les debe realizar la gestión de autorizaciones, el cual se debe realizar gestionar e identificar con la semaforización
7	Realice Ingresos en el sistema de Información Dinámica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II, Y II
8	Subí soportes de verificación de derechos en el sistema de Información Dinámica Gerencial en el ÍTEM de Requerimientos
9	Realice reporte a Trabajo Social, desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
10	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACIÓN, de los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias
11	Realice reportes de solicitudes de afiliación de oficio a los pacientes que aplican, según verificación de derechos

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 **cláusula "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° 9490971819	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/28	\$ 95.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/28	\$ 122.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/28	\$ 18.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 236.400
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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	 <p><i>GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ</i> <i>PS_5910_2025_64C1C5</i></p> <hr/> <p>GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ CC: 80101867</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>YENI ROCIO AVILA RONDON</i> <i>PS_5910_2025_64C1C5</i></p> <hr/> <p>YENI ROCIO AVILA RONDON SUPERVISOR ALTERNO</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> <i>PS_5910_2025_64C1C5</i></p> <hr/> <p>RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 80101867		GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 49 Sur 2-24 Este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721272	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	47991514	9490971819	I	2025/08/19	2025/08/28	BANCO DE OCCIDENTE	9	\$241,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	80101867	GAITAN GILBERT	X	C															230301	16	EPS008	16	CCF22	16	14-11	16	2.436%	16	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 80101867		GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 49 Sur 2-24 Este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721272	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	47991514	9490971819	I	2025/08/19	2025/08/28	BANCO DE OCCIDENTE	9	\$241,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$121,500	\$700	\$0	\$122,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$121,500	\$700	\$0	\$122,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,500	\$200	\$0	\$18,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$18,500	\$200	\$0	\$18,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,600	\$100	\$0	\$4,700	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$4,600	\$100	\$0	\$4,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$94,900	\$600	\$0	\$95,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$94,900	\$600	\$0	\$95,500	
TOTAL				1	\$239,500	\$1,600	\$0	\$241,100	