


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

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 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.100.000

 GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ  
PS\_5910\_2025\_6DCDE4

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.640.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

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

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

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	Relacione en el DRIVE (dispuesto para gestion de autoirzaciones de Urgencias), todos los ingresos a los cuales se les debe realizar la gestion de autorizaciones, el cual se debe realizar gestionar e identificar con la semaforizacion
2	Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II
3	Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
4	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION ,de los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias
5	Realice reportes de solicitudes de afiliacion de oficio a los pacientes que aplican , según verificacion de derechos
6	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato
7	Realice solicitudes de afiliacion de oficio a los pacientes que aplican, según verificacion de derechos
8	Subi el 94 % de soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos
9	ASISTI A LA CAPACITACION PROGRAMADAS PARA REFUERZO DE PROCESOS EL DIA 19 DE SEPTIEMBRE EN LA UNIDAD SAN BLAS
10	Realice y genere reporte del sistema Gerencial Dinámica diariamente para la gestión de autorizaciones de estancias de los pacientes ubicados para hospitalización en la unidad victoria
11	Realice la entrega de turno correspondiente con información detallada de los ingresos pendientes o con novedades reportadas dentro del turno para darle continuidad al paciente

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9491089426	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR	2025/09/23	\$ 178.000

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/23	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/23	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 440.500


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ</i> PS_5910_2025_6DCDE4</p> <hr/> <p><b>GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ</b> <b>CC: 80101867</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>YENI ROCIO AVILA RONDON</i> PS_5910_2025_6DCDE4</p> <hr/> <p><b>YENI ROCIO AVILA RONDON</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> PS_5910_2025_6DCDE4</p> <hr/> <p><b>RONALD AGUILAR GOMEZ</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 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
2025-08	2025-08	1000000193	9491089426	I	2025/09/15	2025/09/23	BANCO DE BOGOTA	8	\$442,800

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
<b>Sucursal: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC 80101867	GAITAN GILBERT	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

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
2025-08	2025-08	1000000193	9491089426	I	2025/09/15	2025/09/23	BANCO DE BOGOTA	8	\$442,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$2,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$442,800</b>	