

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

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 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 12.412.500



JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ  
PS\_3165\_2025\_53A6DD

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**

100

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

86.887.500

**VALOR DE HONORARIOS**

\$

12.412.500

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

NUEVE (9) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

**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 solicitud de transporte por la pagina de mipres de los pacientes de la unidad renal
- 2 seguimiento continuo de los pacientes hospitalizados
- 3 realizacion de procedimientos a pacientes hospitalizados
- 4 respuesta de interconsultas de nefrologia de la subred
- 5 formulacion de medicamentos
- 6 evolucion mensual de los pacientes del programa de unidad renal
- 7 solicitud de exámenes mensuales de los pacientes de la unidad renal

**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**

- | 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° 9491800654

**OPERADOR:**

APORTES EN LINEA

**CONCEPTO DEL PAGO**

**ENTIDAD**

**FECHA DE PAGO**

**VALOR PAGADO**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/09/16	\$ 907.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/16	\$ 1.234.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/16	\$ 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\_53A6DD*

**JONTH ALBERTH FLECHAS LOPEZ**

**CC: 7173494**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*VANESSA CORREDOR GUZMAN*

*PS\_3165\_2025\_53A6DD*

**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\_53A6DD*

**YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**