

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA			CC:	1033771170	
CORREO ELECTRÓNICO:	GEREDUMENPEN1995@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3028544118	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5 G 48 P 54 SUR AP 301			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488411026757	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2822 2025	N° CDP:	2463	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	\$ 2.100.000					



GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
PS_2822_2025_6B359E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
CC: 1033771170
CEL: 3028544118

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA

CON C.C N°1.033.771.170

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 2822 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$5.927.856	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	-------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$20.851.142	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.100.000
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

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

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	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION ,de los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias problemas de aseguramiento
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	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales (capacitacion de area admisiones y autorizaciones)
4	Se realizo gestion al 100% de los pendientes reportadas por las tecnicas
5	REGISTRE MEDIANTE INGRESO TODOS LOS PACIENTES QUE CUENTEN CON PROGRAMACION DE CIRUGIAS AMBULATORIAS
6	Subi el 90 % soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos
7	Realice reportes de solicitudes de afiliaion de oficio a los pacientes que aplican , según verificacion de derechos
8	Realice reporte de solicitud de autorizaciones de las Boletas y/o solicitud de servicios entregadas por los camilleros y/o porfesionales
9	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresdaos
10	Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
11	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente

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° 9491145872	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/09/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	<div><div>GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA</div><div>PS_2822_2025_6B359E</div><div>GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA</div><div>CC: 1033771170</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON</div><div>PS_2822_2025_6B359E</div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>PS_2822_2025_6B359E</div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	55555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Limite		Pago	Valor
2025-08	2025-08	1771867575		9491145872		2025/09/16	2025/09/12	NEQUI	\$440,500

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	Codigo	Días	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500			\$178,000			\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500			\$178,000			\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500			\$178,000			\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	
1	CC 1033771170	MENDOZA GERMAN	231001	30		\$1,423,500	\$227,800	EP5008	30		\$1,423,500	0		\$0	\$0	14-11	30		\$1,423,500			\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)										\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500			\$178,000			\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion
CC 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301
Exonerado SENA e ICBF					
				Teléfono	No
				5555555	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION					
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	
Pensión	Salud	Planilla	Limite	Banco	Valor
2025-08	1771867575	9491145872	2025/09/16	2025/09/12	\$440,500
NEQUI				0	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500