

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ANDRES GONZALEZ GONZALEZ			CC:	1244478662
CORREO ELECTRÓNICO:	JOSEANDRESGONZALEZ92@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3107246366
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 152B 73 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91224417824
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5800 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.486.160	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				



JOSE ANDRES GONZALEZ GONZALEZ
PS_5800_2024_5EC772

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE ANDRES GONZALEZ GONZALEZ
CC: 1244478662
CEL: 3107246366

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

CON C.C N° 1.244.478.662

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5800 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.706.230	No. HORAS EJECUTADAS	228
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 70.631.575	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.486.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

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	Estuvé presente en el momento de entregar y recibir 19 turnos registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente.
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de 13 Historias Clínicas, 7 fallidos del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
3	Garanticé el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado 13 Historias Clínicas, 7 fallidos propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).
4	Realicé la valoración médica y/o traslado de 20 pacientes cuando segun lo indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.
5	Realicé las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención.
6	Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E.
7	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
8	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
9	Velé por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria.
10	Realicé informe y registro oportuno de datos críticos.
11	Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
12	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
13	Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
14	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
15	Respondí oportunamente a los 20 despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
16	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
17	Asistí a la capacitación brindada el 15 de Octubre del 2025 sobre Funciones de veeduría
18	Registré todos los 20 desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados por medio del aplicativo designado para tal fin.
19	Capturé los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas.
20	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
21	Dí uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes
22	Realicé el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF
23	Efectué el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.
24	Realicé 9 preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades

26	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
27	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493143915	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/10	\$ 470.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 601.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.071.600

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 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	 JOSE ANDRES GONZALEZ GONZALEZ PS_5800_2024_5EC772 JOSE ANDRES GONZALEZ GONZALEZ CC: 1244478662
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5800_2024_5EC772 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
PS_5800_2024_5EC772

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ



FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO

--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1244478662		GONZALEZ GONZALEZ JOSE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 152B # 73 - 26 T 5 APTO 513	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4608850	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1843300682	9493143915	I	2025/10/15	2025/10/10	NEQUI	\$1,071,600

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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,760,000	\$601,600			\$3,760,000	\$470,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,760,000	\$601,600			\$3,760,000	\$470,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$3,760,000	\$601,600			\$3,760,000	\$470,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC 1244478662	GONZALEZ JOSE	230301	30	\$3,760,000	\$601,600	EPS010	30	\$3,760,000	\$470,000		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$3,760,000	\$601,600			\$3,760,000	\$470,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1244478662		GONZALEZ GONZALEZ JOSE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1528 # 73 - 26 T 5 APTO 513	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4608850	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1843300682	9493143915	I	2025/10/15	2025/10/10	NEQUI	\$1,071,600

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$601,600	\$0	\$0	\$601,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$601,600	\$0	\$0	\$601,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$470,000	\$0	\$0	\$470,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$470,000	\$0	\$0	\$470,000
TOTAL				1	\$1,071,600	\$0	\$0	\$1,071,600

☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5800 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo