

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 541.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800
SUBTOTALES:										\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 423.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 423.300	\$ 0	\$ 0	\$ 423.300
SUBTOTALES:									\$ 423.300				\$ 423.300	\$ 0	\$ 0	\$ 423.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 82.500	\$ 82.500	\$ 0	\$ 0	\$ 82.500
SUBTOTALES:									\$ 82.500	\$ 0	\$ 0	\$ 82.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						PARAFISCALES															
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	ICBF	ESAP
1	CC 1019063264	FUENTES BRAVO CRISTHIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 3.808.836			NO								01-30											230301-PORVENIR	30	\$ 3.385.632	\$ 541.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 541.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 3.385.632	\$ 423.300	\$ 0	\$ 423.300	14-11 - ARL SURA	30	\$ 3.385.632	\$ 101906326	\$ 82.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 1.047.600

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO			CC:	1019063264
CORREO ELECTRÓNICO:	CRFUENTES@UAN.EDU.CO			TELÉFONO:	3045505828
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 152A 101A 45			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24094771240
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1885 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.617.672	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div><div>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO PS_1885_2025_86BD1B</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO CC: 1019063264 CEL: 3045505828</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO

CON C.C N°1.019.063.264

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1885 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$15.517.480	No. HORAS EJECUTADAS	216
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$90.318.787	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$7.617.672
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
------------------------	------------------------------

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

REALIZAR RONDA ADMINISTRATIVA VERIFICANDO LA SUFICIENCIA DE PERSONAL MEDICO, REGISTRO DE OCUPACION DE SERVICIOS, VERIFICACION DE CONDICIONES DE AISLAMIENTO DE PACIENTES REALIZANDO INDICACION MEDICA, CRITERIOS DE SEÑALIZACION Y ENTREGA DE TURNO MEDICO RECOLECTANDO DE FORMATOS FISICOS, VERIFICACION DE CONTENIDO Y FORMA Y ARCHIVANDO DE LAS ENTREGAS DE TURNO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.. VALIDANDO REPORTE DE NOVEDADES DE REGISTRO EN MAPA DE CAMAS A ENFERMERIA Y FACTURACION. 2. VERIFICAR INTERCONSULTAS PENDIENTES COMO CONSULTA DEL MODULO DE INTERCONSULTAS PENDIENTES EN DGH Y GESTION DE INTERCONSULTAS PENDIENTES. REPORTE DE EGRESOS (GESTION DE ALTAS TEMPRANAS), NUTRICION PARA SUSPENSION DE DIETAS, TRABAJO SOCIAL PARA VERIFICACION DE COPAGOS Y RED DE APOYO FAMILIAR O SOCIAL, ENFERMERIA PARA GESTION DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN FACTURACION, COMO ELABORACION DE PRE FACTURA. 3. GESTION DE ESTANCIAS PROLONGADAS REALIZANDO CALCULO DE ESTANCIAS EN EL CENSO DE CAMAS, GESTIONANDO ESTANCIAS DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE Y ESTANCIAS PROLONGADAS Y REGISTRAR ACTIVIDADES CON FINES ESTADISTICOS. 4. VERIFICAR ESTADOS DE TRAMITES ESPECIALES COMO: RESONANCIAS MAGNETICAS NUCLEARES, TOMOGRAFIAS AXIALES COMPUTARIZADAS, OTRAS IMAGENES EXTRA INSTITUCIONALES, OXIGENO DOMICILIARIO, CASOS SOCIALES, TRASLADOS A OTRAS UNIDADES DE LA SUBRED; GESTIONANDO EL PROGRAMA QUIRURGICO, VERIFICANDO SUFICIENCIA DE INSUMOS Y EQUIPOS CON ENFERMERIA E INSTRUMENTACION QUIRURGICA, SUFICIENCIA DE PERSONAL Y COORDINAR TRASLADOS DESDE OTRAS SEDES. 5. LAS DEMAS QUE SEAN ENCARGADAS DESDE LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS O EL LIDER DE SEDE". 6. CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCION CON EL FIN DE EVITAR LOS ERRORES E INCONSISTENCIAS EN EL PROCESO INTEGRAL DE ATENCION DE LOS USUARIOS QUE PUEDAN GENERAR OBJECIONES Y GLOSAS POR PARTE DE LOS DIFERENTES PAGADORES. AUDITAR LAS GLOSAS RECIBIDAS Y DAR RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA Y DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES, CON EL FIN DE MANTENER LOS TIEMPOS DETERMINADOS POR LA LEGISLACION VIGENTE. ADELANTAR LA CONCILIACION DE GLOSAS Y REITERACION CON LOS DIFERENTES PAGADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS ASEGURANDO QUE SE AJUSTEN A LAS NORMAS TECNICAS Y CIENTIFICAS VIGENTES Y A LOS TERMINOS CONTRACTUALES, DENTRO DE TIEMPOS OPORTUNOS CON LO CUAL SE ESPERA OPTIMIZAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LA INSTITUCION. INFORMAR A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCION ACERCA DE LAS CAUSALES DE LA GLOSA ACEPTADA CON LO CUAL SE ESPERA GENERAR POLITICAS DE AUTOCONTROL Y PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS COMITES PARA UNA EFECTIVA TOMA DE DECISIONES EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO INSTITUCIONAL. REPORTAR ANTE EL AREA DE FACTURACION LOS HALLAZGOS REFERENTES A SUBFACTURACION Y SOBREFACTURACION. DAR RESPUESTA A LAS INQUIETUDES Y SOLICITUDES DE CONCEPTO DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA INSTITUCION CON LO CUAL SE ASEGURA EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. RECOLECCION DE SOPORTES PARA TRAMITE DE REFACTURACION O JURIDICO QUE SE GENEREN DE LAS DECISIONES TOMADAS POR EL COMITE DE GLOSA ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL. REMITIR A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIOS LOS CASOS DE GLOSAS EN LOS QUE NO SE LLEGUE ACUERDO CON LOS PAGADORES PARA SU RESPECTIVO TRAMITE. SOLICITUD DIRECTA CON EL ESPECIALISTA TRATANTE DEL CONCEPTO MEDICO PARA SOPORTAR LA PERTINENCIA DE LAS OBJECIONES INTERPUESTAS POR LOS PAGADORES.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 7991651513	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/14	\$ 423.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/14	\$ 541.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 82.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.047.600

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 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	<div><div>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO PS_1885_2025_86BD1B</div><div>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO CC: 1019063264</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div>PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>