

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL			CC:	79312010
CORREO ELECTRÓNICO:	amg1409@gmail.com			TELÉFONO:	3115215351
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73 73 A 65			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24142662524
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7707 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.821.360	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/20 AL 2025/10/31				
 JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL PS_7707_2025_FF2E53 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL CC: 79312010 CEL: 3115215351					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL

CON C.C N°79.312.010

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 PARA PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 7707 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.839.493No. HORAS EJECUTADAS80

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$9.839.493VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.821.360

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASUN (01) MES Y QUINCE (15) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:HUGO GERMAN REYES GUERRERO

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)

11. CARACTERIZACIÓN (MOMENTO DEL CURSO DE VIDA, ORIENTACIÓN SEXUAL DIVERSA, PERTENENCIA ÉTNICA). 2. EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS. 3. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS Y RIESGOS EN SALUD Y SOCIALES A PARTIR DEL REPORTE DE NECESIDADES Y AFECTACIONES DE FUNCIONAMIENTO, HABILIDADES Y RELACIONES SOCIALES. 4. REVISIÓN POR SISTEMAS, HISTORIA DE VIDA, CIRCUNSTANCIAS SOCIALES, FAMILIARES, METAS Y PREFERENCIAS. 5. IDENTIFICACIÓN DE COMORBILIDADES Y PREEXISTENCIAS. 6. SOLICITUD DE PRUEBAS O PARACLÍNICOS SEGÚN NECESIDAD O CRITERIO MÉDICO. 7. EN EL MARCO DE ESTE PROCEDIMIENTO SE DEBERÁ GENERAR UN PLAN DE CUIDADO ACORDE CON LAS NECESIDADES, RIESGOS IDENTIFICADOS Y DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO, 8. LAS INTERVENCIONES Y EVALUACIONES POR REALIZAR CON LOS PROFESIONALES DE SALUD CON ENTRENAMIENTO EN GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP PARA LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD NO ESPECIALIZADA. 9. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS CASOS REQUERIDOS. 10. LA PERTINENCIA Y PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL COMPONENTE PRIMARIO. 11. LA REMISIÓN AL COMPONENTE COMPLEMENTARIO EN CASO DE SER NECESARIO Y NOTIFICACIÓN A SIVIGILA SEGÚN NECESIDAD. 12. PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS Y USUARIOS DE OTRAS EPAB REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LA MATRIZ DE INFORMACIÓN. 13. PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS QUE SE CONVOQUEN POR PARTE DEL NIVEL CENTRAL O DE LA PERSONA LÍDER DEL PROYECTO. 14. DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE PROYECTO. 15.DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE "PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL". 16. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.

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 (2025-10-20) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		N°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS			
PENSIÓN:		COLPENSIONES			
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA			
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 0	
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		JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL PS_7707_2025_FF2E53 JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL CC: 79312010			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_7707_2025_FF2E53 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		HUGO GERMAN REYES GUERRERO PS_7707_2025_FF2E53 HUGO GERMAN REYES GUERRERO SUPERVISOR DEL CONTRATO			