

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ			CC:	1022983301
CORREO ELECTRÓNICO:	LIXOF@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3208425642
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 74D SUR 14P 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009470589962
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1965 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.900.000	
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>KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ PS_1965_2025_3325D6</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ CC: 1022983301 CEL: 3208425642</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ

CON C.C N° 1.022.983.301

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1965 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.388.960	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.775.584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
------------------------	---------------------------------

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	1. Me desplace a las diferentes bodegas donde reposan las historias clínicas depuradas inventariadas cantidad 23. Búsqueda de carpetas de contratos OPS unidad san blas cantidad 1. Recepción de historias clínicas de hospitalización cantidad 159. Recepción de historias clínicas de urgencias cantidad 1578. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
2	2. Se está diligenciando la planilla de control de préstamos y se está verificando que las bodegas donde se encuentran las historias clínicas cuenten con condiciones adecuadas de seguridad, aseo y luminosidad. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
3	3. Se realiza la organización de las historias clínicas correspondientes a los pacientes de hospitalización, urgencias y los consentimientos informados, asegurando que los paquetes de documentos coincidan correctamente con la identidad de cada paciente. Este proceso incluye la verificación y organización de los documentos según la cédula de identidad del paciente. Cantidad 1737. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
4	4. Se realiza el cotejo del inventario, verificando que esté debidamente diligenciado y que la información del paciente coincida correctamente con la del formato fuid. Se realiza inventarios documentales de las diferentes series, subseries y/o asuntos de acuerdo al ciclo vital de documento: Hospitalización cantidad 159. Se realiza inventarios documentales de las diferentes series, subseries y/o asuntos de acuerdo al ciclo vital de documento: urgencias cantidad 1206. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
5	5. Durante el periodo 01 AL 30 DE NOVIEMBRE 2025 no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia.
6	6. Se realiza archivada de egresos (hospitalización y urgencias) del año 2025 en su respectiva carpeta de historia clinica cantidad 461. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
7	7. Se realiza la búsqueda y entrega de historias clínicas a través de la ventanilla y del correo institucional o Agilsalud, según sea solicitado. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
8	8. Se realiza archivada de egresos (hospitalización, urgencias) y consentimientos informados del año 2025 en su respectiva carpeta de historia clínica cantidad 461. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
9	9. Se realiza el control del préstamo conforme a la solicitud y necesidad del mismo Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
	10. Se realiza capacitación de organización y digitación en el formato único de inventario FUID a la oficina de tesorería unidad san Blas. Se realiza capacitación de organización, digitación en el formato único de inventario FUID a la oficina de SARLAFT unidad san Blas. Creando acta entrega de documentación.

10	Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUGV?usp=drive_link
11	11. Se da cumplimiento a lo pactado por la líder de gestión documental.
12	12. Se anexa copia de la planilla de pago # 1076359707 11/11/2025
13	13. Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo.
14	14. Se realiza cargue en el secop II de los soportes para el pago del mes de NOVIEMBRE.
15	15. Se realizan los cambios a la cuenta de cobro según la modificación del contrato (Se acepta adición del 01/11/2025 al 30/11/2025)
16	16. se mantuvo absoluta reserva sobre la información institucional a cargo
17	17. Esta actividad debe realizarse a la finalización del contrato

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° 1076359707	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/11	\$ 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 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	 KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ PS_1965_2025_3325D6 KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ CC: 1022983301
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA PS_1965_2025_3325D6 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

PS_1965_2025_3325D6

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 11/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ		
Documento	CC1022983301	Dirección	CLL 74D SUR # 14 P 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3208425642
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SGE	LMC	VAC	VAC	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022983301	KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ	59	00																0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 2.300	\$ 471.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!