

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS		CC:	72342806	
CORREO ELECTRÓNICO:	algtiva23@gmail.com		TELÉFONO:	3113594545	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 144 # 11A - 33 CASA 10		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	006700663922

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4617 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 10.325.340
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS
PS_4617_2025_6A3594

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS

CC: 72342806

CEL: 3113594545

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

ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS

CON C.C N°

72.342.806

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI'N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4617 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/07
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.910.952	No. HORAS EJECUTADAS	108
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 87.096.155	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.325.340
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
--	------------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	-----------------------------------

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	.Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas
2	.Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.
3	.Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triare, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.
4	.Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
5	.Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.
6	.Colaboré activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.
7	.Participo en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.
8	.Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.
9	.Coordiné integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
10	.Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional.

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° 9494888947	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSAALUD	2025/11/19	\$ 630.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/19	\$ 807.100
RIESGOS LABORALES:	COLSANITAS	2025/11/19	\$ 122.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.560.500


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	 <p><i>ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS</i> PS_4617_2025_6A3594</p> <hr/> <p>ALFREDO JOSE GUTIERREZ VARGAS CC: 72342806</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</i> PS_4617_2025_6A3594</p> <hr/> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72342806		GUTIERREZ VARGAS ALFREDO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127b # 71a - 99 APTO 210 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2045572	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1939778751	9494888947	I	2025/11/05	2025/11/19	BANCO DAVIVIENDA	14	\$1,560,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000			\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000			\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000			\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800		\$0	\$0		
1	CC 72342806	GUTIERREZ ALFREDO	230301	30	\$5,000,000	\$800,000	EPS001	30	\$5,000,000	\$625,000	0		\$0	\$0	14-33	30	\$5,000,000	\$121,800	0	\$0	\$0		
Total	Afiliados(1)				\$5,000,000	\$800,000			\$5,000,000	\$625,000			\$0	\$0			\$5,000,000	\$121,800		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72342806		GUTIERREZ VARGAS ALFREDO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127b # 71a - 99 APTO 210 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2045572	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-10	2025-10	1939778751	9494888947	I	2025/11/05	2025/11/19	BANCO DAVIVIENDA	14	\$1,560,500	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$800,000	\$7,100	\$0	\$807,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$800,000	\$7,100	\$0	\$807,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$121,800	\$1,100	\$0	\$122,900	
COLSANITAS ARL	14-33	901,469,580	2	1	\$121,800	\$1,100	\$0	\$122,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$625,000	\$5,500	\$0	\$630,500	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$625,000	\$5,500	\$0	\$630,500	
TOTAL				1	\$1,546,800	\$13,700	\$0	\$1,560,500	



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO PS 4617 2025 MARZO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO PS 4617 2025 MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	PS 4617 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4617 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4617 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4617 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4617 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input checked="" type="checkbox"/> 2 PS 4617 2025 CRP-15133.pdf	2 PS 4617 2025 CRP-15133.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 4617 2025 CRP-19256.pdf	3 PS 4617 2025 CRP-19256.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4617 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

< Evaluación de la Entidad Estatal >