

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	IAN HARDY JOAL JOAL CORTES			CC:	1000334750
CORREO ELECTRÓNICO:	IAN.MINE1989@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3209464654
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 36H SUR 5 25 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	546773289
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4265 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.501.652	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 IAN HARDY JOAL JOAL CORTES PS_4265_2025_5EA0DE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IAN HARDY JOAL JOAL CORTES CC: 1000334750 CEL: 3209464654					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
IAN HARDY JOAL JOAL CORTES

CON C.C N° 1.000.334.750

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4265 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/20
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.777.872	No. HORAS EJECUTADAS	156
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 65.949.290	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.501.652
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

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	.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	.Partícipe 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 dirigió 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, <u>CERTIFICO</u> 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° 35405867	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/19	\$ 330.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/19	\$ 423.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 64.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 819.000
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	 IAN HARDY JOAL JOAL CORTES PS_4265_2025_5EA0DE IAN HARDY JOAL JOAL CORTES CC: 1000334750		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_4265_2025_5EA0DE CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1000334750 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-10	230201	800229739	PROTECCION	1	5	422.100	1.400	423.500
Período salud:	2025-10	EPS005	800251440	SANITAS	1	5	329.800	1.100	330.900
Planilla Nro.:	35405867 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	5	64.300	300	64.600
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	5	0	0	0
Fecha transacción:	2025-11-19	PASENA	899999034	SENA	0	5	0	0	0
Banco:	AV VILLAS	PAICBF	899999239	ICBF	0	5	0	0	0
Transacción:	1940552273	PAESAP	899999054	ESAP	0	5	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	5	0	0	0
GRAN TOTAL							\$ 819.000		

PAGADO



- 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

 Cancelar

< 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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	PS 4265 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4265 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 4265 2025 CRP-9971.pdf	1 PS 4265 2025 CRP-9971.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4265 2025 CRP-15124.pdf	2 PS 4265 2025 CRP-15124.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4265 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4265 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4265 2025 CRP-19248.pdf	3 PS 4265 2025 CRP-19248.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4265 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >