



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
 NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
 CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
 DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
 LA GESTIÓN**

Arroyo Hondo, Bolívar.
 Fecha: DICIEMBRE de 2025

CONTRATISTA	IMER LUIS UTRIA LORA
FECHA DEL CONTRATO:	10-10-2025
Nº DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.8440535
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:	LA CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD PARA BRIBDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO COMO MEDICO GENERAL EN EL CONSULTORIO DEL AREA DE URGENCIAS
PERIODO:	DESDE EL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DICIEMBRE 2025
SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASIANI OROZCO

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el segundo período del contrato, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

Obligaciones contractuales	Actividades ejecutadas
1) cumplir el contrato en forma oportuna, en las condiciones consagradas en los estudios previos que forman parte integral del mismo	1. De acuerdo con el horario suministrado por la Enfermera Jefe de la institución liset Ramírez en el mes de NOVIEMBRE de 2025; presté mis servicios de medicina general en atención a pacientes, Los días programados en el horario descrito anteriormente de la ESE Centro de Salud Con Cama de Arroyo hondo.
2) Cumplir la Constitución y la normatividad que rige la contratación con entidades del Estado	2. Se cumplió esta actividad como se establecen acuerdos 028 y 029 de 2011; en pacientes POS que se presentaron con estas características.
3) Suscribir en conjunto con el Supervisor el acta de inicio del contrato y de más actas que se requieran durante la ejecución del contrato	3. Realice a cabalidad las actividades asignadas, dando cumplimiento al horario y agenda programada por el supervisor
4) obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales	4. Obro con lealtad y buena fé en las distintas etapas contractuales
5) colaborar con la ESE para que el objeto	5. Respondí adecuadamente por la buena calidad de los servicios suministrados a la ESE Centro de Salud Con Cama y el adecuado control de calidad de los mismos.



<p>contratado se cumpla y sea de la mejor calidad</p> <p>6) acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta el Supervisor</p> <p>7) cumplir las obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, así como aportes parafiscales, cuando haya lugar</p> <p>8) cumplir con las condiciones técnicas, jurídicas, económicas, financieras y comerciales establecidas en el estudio previo</p> <p>9) guardar total reserva de la información que obtenga de la ESE en desarrollo del objeto contractual, salvo requerimiento de autoridad competente</p> <p>10) custodiar la documentación e información que en cumplimiento del objeto contractual sea entregada por la ESE, así como a la que tenga acceso</p> <p>11) las de más que procedan</p>	<p>6. Respeté y me acogí todos los estatutos y reglamentos de prestación de servicios y el reglamento interno de la institución.</p> <p>7. Cumplí con las obligaciones correspondientes al periodo a pagar, radicadas oportunamente y con el lleno de requisitos a la oficina de la Gerencia Subgerencia Administrativa, con afiliación efectiva a los sistemas de seguridad social en salud</p> <p>8. cumplí con las condiciones técnicas, jurídicas, económicas, financieras y comerciales establecidas.</p> <p>9. Como médico general y en cumplimiento a mi ética profesional guardo total reserva de la información obtenida en las instalaciones de la ESE</p> <p>10. estoy comprometida, velo y guardo en custodia cualquier documentación e información en el cumplimiento del objeto contractual, los registros de todas las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas por la Ley, Decretos y Protocolos (Historias Clínicas, recetas médicas, entre otros), mediante el software SALUD AL DIA.</p> <p>11. las de más que procedan.</p>
---	---

Cordialmente,

IMER LUIS UTRIA LORA
CC. 1.051.358.305 de Calamar - Bolívar



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA



Dependencia:	ASISTENCIAL			Fecha:	DICIEMBRE 2025		
ACTO ADMINISTRATIVO							
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	<u>13.200.000</u>		Valor a Pagar:	<u>4,400,000</u>		
	Número	<u>CO1.PCCNTR.8440535</u>	Fec. Suscripción:	<u>10/10/2025</u>	Fecha de iniciación:	<u>10/10/2025</u>	
	N° CDP:	<u>251006001</u>	Fecha:	<u>06/10/2025</u>	Fecha de terminación:	<u>31/12/2025</u>	
	N° RP:	<u>251010001</u>	Fecha:	<u>10/10/2025</u>	Duración	Meses <u>83</u> Días	
	Rubro Presupuestal:	<u>Honorarios</u>			Periodo a pagar:	<u>segundo periodo de contrato</u>	
	Requiere Informe:	<u>SI</u>		Entregó Informe: si	Suspensión	En tiempo	Prorroga
OBJETO DEL CONTRATO:	El objeto del presente contrato es la "LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYO HONDO COMO MÉDICO GENERAL EN EL CONSULTORIO DEL ÁREA DE URGENCIAS".						
FORMA DE PAGO:	el valor del contrato es de TRECE MILLONES DOSCIENTOS (13,200,000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en TRES (3) cuota, valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$4.400.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula, el Contratista deberá acreditar su debida afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social.						
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA							
Nombre:	IMER LUIS UTRIA LORA						
Identificación:	Tipo de documento	Cédula: X	Nit:	Número: 1051358305	DV.		
Dirección:	CALLE 9 BARRIO EL COLEGIO HATO VIEJO						
Número de Teléfono:				FAX:	CEL: 3126442525		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros: X	Número: 486-880911-55	Banco: BANCOLOMBIA			
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Persona Natural:	<u>X</u>		Persona Jurídica	Regimen <u>simplificado</u>		
	Marque con "X"	Gran Contribuyente		Autoretenedor			
	He verificado de esta información frente al RUT:				SI	X	NO
INFORME DEL SUPERVISOR							
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI	<u>X</u>	NO	No Folios	<u>2</u>	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato	<u>SI</u>	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano		SI	Fecha: <u>Diciembre-10- 2025</u>	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas						
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:			Aportes a Pensión			
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión			
	Valor pagado	<u>250.000</u>	Periodo	<u>noviembre 2025</u>	Valor pagado	<u>320.000</u>	
	Comprobante de pago Número:	<u>81861300</u>		Comprobante de pago Número:	<u>81861300</u>		
	Fecha de pago:	<u>23/11/2025</u>		Fecha de pago:	<u>23/11/2025</u>		
	Aportes a ARL			NOTA:			
Valor pagado	<u>48.800</u>	Periodo	<u>noviembre 2025</u>				
Comprobante de pago Número:	<u>81861300</u>						
Fecha de pago:	<u>23/11/2025</u>						
Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:			SI:	NO:	X	
SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.						
APLICACION RETENCION	Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".						
Anexos:	Copia de aporte de pensión SI		Copia de aporte de salud SI		Cuenta de Cobro SI		
FIRMA CONTRATISTA:				FIRMA SUPERVISOR:			
NOMBRE CONTRATISTA:	IMER LUIS UTRIA LORA			NOMBRE SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO		
C.C.:	1.051.358.305 de Calamar - Bolivar			CARGO:	SUBGERENTE SUPERVISOR DEL CONTRATO		



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-23, 09:06:47 PM Tipo Planilla | Número Planilla 81861300
 Periodo Cotización 202511 Periodo Servicio 202511
 Cliente:

PAGADA 2025-11-23 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UTRIA LORA IMER LUIS		
Documento	CC 1051358305	Dirección	CR 6G #101 - 22 CRA 6G 101 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3015355229
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	Total Afiliados	1
Representante Legal		Departamento	ATLANTICO
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1051358305	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57 00				UTRIA LORA IMER LUIS	8001000 - 8		ATLANTICO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales						
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF
																		16 %	\$ 2.000.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	EPS037		12,5 %	\$ 2.000.000	\$ 250.000	\$ 0	14-25	3	2,436 %	\$ 2.000.000	\$ 48.800	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

