

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GILBERTO CASTRO ALVARADO			CC:	79327479
CORREO ELECTRÓNICO:	gilcas01@gmail.com			TELÉFONO:	3008645451
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 8A 2 34			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	13876120261

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6423 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.353.760
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



GILBERTO CASTRO ALVARADO  
PS\_6423\_2025\_28C4C7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GILBERTO CASTRO ALVARADO

CC: 79327479

CEL: 3008645451

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

**GILBERTO CASTRO ALVARADO**

CON C.C N°

79.327.479

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A 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 6423 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/09/24

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

2.690.899

No. HORAS EJECUTADAS

170

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

8.195.011

VALOR DE HONORARIOS

\$ 3.353.760

PERÍODO A CERTIFICAR:

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

DOS (2) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

HUGO GERMAN REYES GUERRERO

**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. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA EL PROYECTO CAMAD Y LA SUBRED. 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO CAMAD SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO Y LA SUBRED. 4. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO Y LA SUBRED. 6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES. 7. REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO Y LA SUBRED. 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA ESPACIO Y/O PROCESO. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR MINISTERIO DE ACUERDO A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO ENTRE EL MINISTERIO Y LA SUBRED. 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN 12. PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS QUE SE CONVOQUEN POR PARTE DE MINISTERIO. 13. DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE "PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL". 14. 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9494089384	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSAUD	2025/11/14	\$ 183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 35.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 454.200



**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 ningun 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>GILBERTO CASTRO ALVARADO</i> <i>PS_6423_2025_28C4C7</i> <hr/> <b>GILBERTO CASTRO ALVARADO</b> <b>CC: 79327479</b>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <i>PS_6423_2025_28C4C7</i> <hr/> <b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>HUGO GERMAN REYES GUERRERO</i> <i>PS_6423_2025_28C4C7</i> <hr/> <b>HUGO GERMAN REYES GUERRERO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79327479		CASTRO ALVARADO GILBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 SUR 51D 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008675451	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1927633788	9494089384	I	2025/11/21	2025/11/14	BANCOLOMBIA	\$454,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO				NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES													
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																											
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																											
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
1	CC 79327479	CASTRO GILBERTO																				25-14	30	\$1,467,763	\$234,900	EPS001	30	\$1,467,763	\$183,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,467,763	2.436%	\$35,800	0	\$0	\$0	No	\$454,200
<b>Total Afiliados( 1)</b>																\$1,467,763	\$234,900			\$1,467,763	\$183,500			\$0	\$0			\$1,467,763		\$35,800		\$0	\$0		\$454,200								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79327479		CASTRO ALVARADO GILBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 SUR 51D 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008675451	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1927633788	9494089384	I	2025/11/21	2025/11/14	BANCOLOMBIA	\$454,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$234,900	\$0	\$0	\$234,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$234,900	\$0	\$0	\$234,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,800	\$0	\$0	\$35,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$35,800	\$0	\$0	\$35,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$183,500	\$0	\$0	\$183,500	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$183,500	\$0	\$0	\$183,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$454,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$454,200</b>	