

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA		CC:	1023953423	
CORREO ELECTRÓNICO:	jasantiago@fucsalud.edu.co		TELÉFONO:	3042166871	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5D BIS 48M 45 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	062092085

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5851 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA  
PS\_5851\_2025\_00E6D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA

CC: 1023953423

CEL: 3042166871

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

**JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA**

CON C.C N° **1.023.953.423**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 5851 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/07/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 12.000.112 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 28.174.176 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.000.056

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CINCO (5) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

**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	ELABORAR Y CONCERTAR, EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR
2	ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN
3	REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD DEFINIDA POR LA SUBRED Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN
4	EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O SU EQUIPO DE APOYO
5	DENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO

**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° 9494924205	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/19	\$ 300.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/19	\$ 385.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 58.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 744.600</b>

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 ibr 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA*

*PS\_5851\_2025\_00E6D9*

**JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA**

**CC: 1023953423**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_5851\_2025\_00E6D9*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023953423		SANTIAGO MEDINA JORDAN ALEXIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 d bis n 48 m sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5213443	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000000666	9495037227	I	2025/12/05	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	5	\$793,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$2,400,000	\$48,000			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$2,400,000	\$48,000			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$2,400,000	\$48,000			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	
1	CC	1023953423	SANTIAGO JORDAN	230201	30	\$2,400,000	\$384,000	EPS010	30	\$2,400,000	\$300,000	CCF22	30	\$2,400,000	\$48,000	14-11	30	\$2,400,000	\$58,500	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$2,400,000	\$48,000			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023953423		SANTIAGO MEDINA JORDAN ALEXIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 d bis n 48 m sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5213443	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000000666	9495037227	I	2025/12/05	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	5	\$793,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$1,300	\$0	\$385,300	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$384,000	\$1,300	\$0	\$385,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$58,500	\$200	\$0	\$58,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$58,500	\$200	\$0	\$58,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$48,000	\$200	\$0	\$48,200	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$48,000	\$200	\$0	\$48,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$1,000	\$0	\$301,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$300,000	\$1,000	\$0	\$301,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$790,500</b>	<b>\$2,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$793,200</b>	