

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ			CC:	1024559917
CORREO ELECTRÓNICO:	STIGAM95@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3005151199
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRANSVERSAL 23 N° 66A SUR - 12			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488400498660
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3011 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.372.480	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div>STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ PS_3011_2025_4A34D2</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ CC: 1024559917 CEL: 3005151199</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ

CON C.C N°1.024.559.917

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3011 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.389.248	No. HORAS EJECUTADAS	180
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 43.729.824	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.372.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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. RTA/ Realice 190 sesiones de terapia respiratoria, en el servicio de Urgencias Adulto, Hospital de la Victoria.
2	2. RTA/ Realice respuesta de (3 interconsultas), brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	3. RTA/ Conozco y cumpla con las políticas y procedimientos establecidos pos la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumpla los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumpla la visión y misión de la Subred Centro Oriente.
4	3. RTA/ Realice un total de 190 actividades en el mes de octubre así: (190 terapias respiratorias) más 161 oximetrías, 55 desinfecciones, con una atención de 156 paciente y cumpliendo con el 95% de los objetivos.
5	6. RTA/ Entrega de informe de producción mensual (05/12/2025), Objetivos del mes (05/12/2025), diligenciamiento de Drive (30/11/2025).
6	7. RTA/ Realice registro completo y con calidad de (190 historias clínicas) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
7	9. RTA/ Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
8	23. RTA/ Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9494971181	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	\$ 178.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/11	\$ 228.900

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.600
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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ PS_3011_2025_4A34D2</div><hr/>STIVEN REINALDO GAMBA RODRIGUEZ CC: 1024559917</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_3011_2025_4A34D2</div><hr/>ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1024559917		GAMBA RODRIGUEZ STIVEN REINALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 23 66 a 12 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005151199	Si	
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	1999074166	9494971181	I	2025/12/04	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	7	\$442,600

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)					\$ 1,423,500	\$227,800			\$ 1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$ 1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,423,500	\$227,800			\$ 1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$ 1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,423,500	\$227,800			\$ 1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$ 1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1024559917	GAMBA STIVEN	231001	30	\$ 1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$ 1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$ 1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,423,500	\$227,800			\$ 1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$ 1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024559917		GAMBA RODRIGUEZ STIVEN REINALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 23 66 a 12 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005151199	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1999074166		9494971181	I	2025/12/04	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	\$442,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800	
TOTAL				1	\$440,500	\$2,100	\$0	\$442,600	