

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ			CC:	1019089002
CORREO ELECTRÓNICO:	smithpardo150@gmail.com			TELÉFONO:	3046300895
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68B 68 22			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488423927174
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3692 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 266.630	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ PS_3692_2026_997D3F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ CC: 1019089002 CEL: 3046300895					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 JHONATAN SMITH PARDO BRÍÑEZ

CON C.C N° 1.019.089.002

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DE LAS ACCIONES DE CONTRAPARTIDA DEL CONVENIO M?S BIENESTAR EN TU HOGAR.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3692 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.028.155	No. HORAS EJECUTADAS	7
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.484.685	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 266.630
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

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	OBLIGACIÓN 1. Garantizar el diligenciamiento de la historia clínica con oportunidad conforme a la normatividad colombiana vigente, de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999, asegurando siempre la claridad y exactitud de la información registrada dentro del aplicativo GTAPS y DINAMICA. 1.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se garantizó el diligenciamiento oportuno de las historias clínicas bajo los estándares de la Resolución 1995 de 1999, registrando información clara y exacta en los aplicativos GTAPS y DINAMICA. 1.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Registros de historias clínicas en aplicativos GTAPS y DINAMICA.
2	OBLIGACIÓN 2. Diligenciar la información de la atención en los aplicativos DINAMICA y GTAPS de la SDS diariamente a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas posteriores a la intervención. 2.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se realizó el cargue diario de la información de atención en los aplicativos DINAMICA y GTAPS con veracidad y calidad del dato, cumpliendo con el tiempo límite de 24 horas posteriores a cada intervención. 2.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Reporte de cargue de datos en aplicativos institucionales y soportes de auditoría.
3	OBLIGACIÓN 3. Brindar información y orientación al paciente y a su familia acerca de la condición clínica, los planes de manejo y las recomendaciones, así como resolver inquietudes relacionadas con el proceso de traslado. 3.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se brindó orientación detallada a pacientes y familiares sobre condiciones clínicas, planes de manejo y recomendaciones, resolviendo dudas frente a procesos de traslado. 3.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Registro de evolución en historia clínica y firmas de recibido en consentimientos o recomendaciones.
4	OBLIGACIÓN 4. Participar de manera activa y comprometida en las asistencias técnicas, capacitaciones, comités, reuniones y actividades de servicio organizadas por la Dirección Integral de Gestión del Riesgo en Salud. 4.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se participó activamente en las asistencias técnicas, capacitaciones, comités y reuniones programadas por la Dirección Integral de Gestión del Riesgo en Salud. 4.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Listas de asistencia, actas de reunión y certificados de capacitación
5	OBLIGACIÓN 5. Garantizar la confidencialidad de la información y la integridad de los registros clínicos. 5.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se garantizó la reserva y protección de los datos sensibles de los pacientes, asegurando la integridad de cada registro clínico manejado. 5.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Manejo seguro de credenciales de acceso y registros clínicos sin alteraciones.
6	OBLIGACIÓN 6. Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, así como reportar eventos adversos e incidentes. 6.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se dio cumplimiento a la Política de Seguridad del Paciente mediante la aplicación de barreras de seguridad y el reporte oportuno de incidentes o eventos adversos si los hubiere. 6.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Reportes en el aplicativo de seguridad del paciente y aplicación de protocolos de atención segura.
7	OBLIGACIÓN 7. Comunicar oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pueda impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. 7.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se mantuvo comunicación constante y oportuna con la supervisión del contrato informando novedades que pudiesen afectar la prestación del servicio. 7.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Comunicaciones vía correo electrónico, actas de supervisión o registros de novedades.
8	OBLIGACIÓN 8. Cumplir con los estándares de consulta según la Resolución 3280-2018 (Anamnesis, examen físico, escalas, diagnósticos CIE-10 y plan de manejo) según perfil de medicina y autorizaciones de las EAPB. 8.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se ejecutaron consultas médicas bajo los estándares de la Resolución 3280-2018, realizando anamnesis, examen físico por sistemas, aplicación de escalas/tamizajes, diagnósticos CIE-10 y planes de manejo autorizados. 8.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Historias clínicas con estructura 3280 y soportes de escalas aplicadas.
9	OBLIGACIÓN 9. Canalizar en el SIRC dentro de las primeras 24 horas de la intervención. 9.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se diligenciaron y gestionaron los formatos de canalización SIRC de manera veraz, cumpliendo con los lineamientos técnicos dentro de las 24 horas posteriores a la atención. 9.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Formatos SIRC debidamente diligenciados y cargados

10	OBLIGACIÓN 10. Diligenciar y enviar fichas de notificación de SIVIGILA, SIVIM o SISVECOS de acuerdo con el riesgo identificado con veracidad del dato dentro de las primeras 24 horas. 10.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se identificaron riesgos y se diligenciaron las fichas de notificación para SIVIGILA, SIVIM o SISVECOS según correspondió, enviándolas en el tiempo normativo de 24 horas. 10.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Fichas de notificación epidemiológica diligenciadas y reportes de envío.
11	OBLIGACIÓN 11. Cumplir con la duración de la visita individual de 30 minutos (dos visitas por cada hora de acciones colectivas). 11.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se cumplió con el tiempo estipulado para visitas individuales (30 min) y la respectiva proporcionalidad para el desarrollo de acciones colectivas en campo. 11.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Planillas de actividades diarias y registros de tiempos en aplicativos
12	OBLIGACIÓN 12. Realizar las demás actividades relacionadas con el cargo que sean asignadas por el supervisor del contrato. 12.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se atendieron y ejecutaron de manera satisfactoria las actividades adicionales y complementarias asignadas por la supervisión del contrato relacionadas con el objeto contractual. 12.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Reporte de actividades adicionales y soportes documentales entregados.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92252754	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/16	\$ 226.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/16	\$ 289.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/16	\$ 44.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 560.400

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	 JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ PS_3692_2026_997D3F JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ CC: 1019089002
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS_3692_2026_997D3F

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_3692_2026_997D3F

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019089002	JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ		calle 128 #88 a 05	5399578	smithpardo150@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92252754	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$566.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	226.400	0		0		0	14	2.400	0	228.800	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	289.800		0	0	0	0	14	3.000	0	292.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	44.200					44.200	14	500	44.700			442	44.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	226.400	228.800
Pensión	1	289.800	292.800
Riesgos Laborales	1	44.200	44.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	560.400	566.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019089002	JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ		calle 128 #88 a 05	5399578	smithpardo150@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92252754	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$566.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1019089002	PARDO BRIÑEZ JHONATAN SMITH	59	0			N																	25-14	1.810.872	30	289.800	0	0	0	0	EPS002	1.810.872	30	226.400	14-23	1.810.872	30	3	44.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0



**Pago exitoso por
\$566,300**

Destino:

COMPENSAR-OI

Referencia de pago (CUS ID):

393790616

Origen:

Cuenta de ahorros • 8820

Jun 15, 2026 - 09:43 PM



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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? ☐ Sí ☒ 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		
☐ COMUNICACION SUPERVISOR PS 3692 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3692 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS_3692 _2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRL_2026.pdf	PS_3692 _2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRL_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS_3692 _2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_3692 _2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>