

|                                                                |                              |                                |            |            |              |                                                           |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                          |                              |                                |            |            |              |                                                           |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)                        |                              |                                |            |            |              |                                                           |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                           | JOSE LORENZO PIZA MALAGON    |                                |            | CC:        | 7160505      |                                                           |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                            | JLORPIZA@GMAIL.COM           |                                |            | TELÉFONO:  | 3217573752   |                                                           |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                           | CL 138 C 152 13              |                                |            | CIUDAD:    | BOGOTA       |                                                           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS    | N° CUENTA: | 002170016766 |                                                           |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO          |                              |                                |            |            |              |                                                           |
| N° DEL CONTRATO:                                               | PS 1524 2025                 | N° CDP:                        | 1926       | N°. RP:    | 0            | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: OCHO (8) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/08/31 |            |              |                                                           |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31 |                                |            |            |              |                                                           |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO | \$ 2.222.946                 |                                |            |            |              |                                                           |



JOSE LORENZO PIZA MALAGON  
PS\_1524\_2025\_CEC6F0-2025-07-15 18:51:58

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOSE LORENZO PIZA MALAGON

CC: 7160505

CEL: 3217573752

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

JOSE LORENZO PIZA MALAGON

CON C.C N°

7.160.505

|                      |                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TIC DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1524 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |   |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 6.668.838 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 17.783.568 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.222.946 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | OCHO (8) MESES |
|-----------------------------------------|----------------|

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO |
|------------------------|-------------------------------|

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 1. Asignación de casos en la plataforma Glpi                                                                                                                                                                        |
| 2    | 2. Atención de Usurios en Dinámica Gerencial: como desbloques de Usr. , Limpieza de Cache en sesiones de Dgh por bloques.                                                                                           |
| 3    | 4. Soporte a Usuarios en Vpn                                                                                                                                                                                        |
| 4    | 5. Configuración de impresoras remotamente                                                                                                                                                                          |
| 5    | 6. Limpieza de Temporles de los Pc, y limpieza de caché de los navegadores remotamente (cuando reportan fallas por lentitud.                                                                                        |
| 6    | 7. Apoyo actualización Dinamica Gerencial(Web y/o Local) desde la Mesa de Ayuda.                                                                                                                                    |
| 7    | 8. Soporte Técnico de Sistemas en San José Obrero.                                                                                                                                                                  |
| 8    | 9. Desbloqueo de Usuarios nuevo aplicativo SIGCO (Para cuentas de cobro Sco).                                                                                                                                       |

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |                 |               |              |
|--------------------|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 87439723     | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | NUEVA EPS       | 2025/07/11    | \$ 179.000   |
| PENSIÓN:           | PROTECCION      | 2025/07/11    | \$ 229.100   |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/07/11    | \$ 34.900    |
| OTRO               |                 |               |              |
| TOTAL PAGADO       |                 |               | \$ 443.000   |

## 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 afiliación 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**



JOSE LORENZO PIZA MALAGON

PS\_1524\_2025\_CEC6F0-2025-07-15 18:51:58

**JOSE LORENZO PIZA MALAGON**

**CC: 7160505**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



JHON ALEXANDER GELVES ARIAS

PS\_1524\_2025\_CEC6F0-2025-07-15 19:03:03

**JHON ALEXANDER GELVES ARIAS**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO

PS\_1524\_2025\_CEC6F0-2025-07-17 15:35:29

**JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |           |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 11/07/2025               | 87439723        | \$443.000 |     |

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 9         | 1.000                 | 0              | 179.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 9         | 1.300                 | 0              | 229.100       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |
|                           |                      |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-7                      | Seguros Bolívar S.A. | 860002503-2 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 9         | 200                   | 34.900              |                            |                     | 347               | 34.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 179.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 229.100       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.900        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 440.500                             | 443.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 7160505           | JOSE LORENZO PIZA MALAGON |        | Cra 103C Bis 139 48 | 3217573752         | JLORPIZA@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 11/07/2025               | 87439723        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$443.000     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                           |           |        |           |                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |    |            |           |         |                   |                      |                      |                                |                                 |           |              |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|--------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----|------------|-----------|---------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           |           |        |           |                |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |    | SALUD      |           |         | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |           | PARAFISCALES |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Clase exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | APR | VCT | RL | CORRECCIÓN | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 7160505               | PIZA MALAGON JOSE LORENZO | 59        | 0      |           | N              |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |    | 230201     | 1.423.500 | 227.800 | 0                 | 0                    | 0                    | 0                              | EPS037                          | 1.423.500 | 178.000      | 14-7                   | 1.423.500 | 3       | 34.700          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA