

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO			CC:	1030650631
CORREO ELECTRÓNICO:	123brayan76@gmail.com			TELÉFONO:	3143445782
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79A 5 SUR 27			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488432352901

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5279 2025	N° CDP:	2465	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.919.020



BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO  
PS\_5279\_2025\_EC2DC9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO

CC: 1030650631

CEL: 3143445782

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO**

**CON C.C N°** **1.030.650.631**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** **PS 5279 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **2025/05/01**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ **5.935.341** **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ **17.611.421** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **2.919.020**

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

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**

**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. APOYAR EN PROCESOS DE ESTANDARIZACION DOCUMENTAL DEL AREA DE INGENIERIA BIOMEDICA PARA LA PLANEACION, ESTUDIO DE NECESIDADES, ADQUISICION, USO, GESTION DE MANTENIMIENTO, EVALUACION Y VIGILANCIA TECNOLOGICA, DISPOSICION FINAL, COMPRENDE: DISEÑAR PROCESOS, FORMATOS, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS, ESTANDARIZACION DE PROCEDIMIENTOS, SOCIALIZACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION. 2.APOYAR EL ESTUDIO DE NECESIDADES DE CADA PUNTO DE ATENCION, GENERANDO LOS ANEXOS DE SOPORTE A LOS PROYECTOS DE INVERSION, DESARROLLO DE ESPECIFICACIONES TECNICAS Y EVALUACION TECNICA DE PROPUESTAS. 3. APOYAR LA PROYECCION, EVALUACION Y ADQUISICION DE TECNOLOGIA BIOMEDICA PARA LA SUBRED. 4. REALIZAR CAPACITACIONES Y SOCIALIZACIONES EN MANEJO DEL USO SEGURO, LIMPIEZA, DESINFECCION, ESTERILIZACION DE EQUIPOS Y ACCESORIOS DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA, GESTION DEL RIESGO, PLANES DE CONTINGENCIA Y TECNOVIGILANCIA AL PERSONAL ASISTENCIAL Y TECNICO BIOMEDICO DE LA SUBRED. 5. MANTENER LAS CONDICIONES REQUERIDAS EN LA CERTIFICACION DE PRODUCCION BPM DE GASES MEDICINALES, ASEGURANDO QUE LOS PRODUCTOS DE LA CENTRAL DE AIRE MEDICINAL SE FABRIQUEN Y ALMACENEN ACORDE CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LOS REQUISITOS DOCUMENTALES Y OPERACIONALES QUE SEAN DE SU COMPETENCIA, YA SEA EN EL ROL DE JEFE DE PRODUCCION O SUPLENTE, EN LA UNIDAD QUE SE ASIGNE. 6. APOYAR LOS PROCESOS DE AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE SUH Y SUA, GESTIONANDO EL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES Y LA IMPLEMENTACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO RELACIONADAS CON GESTION DE LA TECNOLOGIA. 7. ATENDER LAS VISITAS INTERNAS Y EXTERNAS DE LOS ENTES DE CONTROL, EPS, SECRETARIA DE SALUD QUE REALICEN A LAS UNIDADES DE LA SUBRED, ESTABLECIENDO E IMPLEMENTANDO LAS ACCIONES CORRECTIVAS O DE MEJORA SEGUN LOS CASOS QUE APLIQUE. 8. APOYAR A LA GESTION DEL MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO CUANDO ESTE LO REQUIERA EN CUANTO A REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS. 9. APOYAR A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN DE LOS SUBPROCESOS CUANDO ASI LO REQUIERA. 10. PRESENTAR INFORMES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL ÁREA. 11. APOYAR LAS ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 12. PARTICIPAR Y ADHERIRSE A LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS INTERNOS Y EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 13. ASEGURAR LA ADECUADA Y RACIONAL UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SUBRED Y DEMÁS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE SEAN UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 14. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GESTIÓN AMBIENTAL Y CALIDAD CON EL FIN DE DISMINUIR LOS RIESGOS. 15. PRESTAR SUS SERVICIOS DE MANERA CORTES, HUMANA, CÁLIDA EN LAS DIFERENTES ÁREAS Y SERVICIOS DONDE PRESTE SUS ACTIVIDADES. 16. MANTENER LA RESERVA Y DISCRECIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE POR SU ACTIVIDAD LLEGARE A CONOCER. 17. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES. 18. PRESENTAR PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE AL CERTIFICADO. 19. LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE SE ENCUENTREN RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 9489343768	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/08/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	\$ 34.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 440.600


**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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>BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO</i> <i>PS_5279_2025_EC2DC9</i> <hr/> <b>BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO</b> <b>CC: 1030650631</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>GUILLERMO LEON VELEZ VARELA</i> <i>PS_5279_2025_EC2DC9</i> <hr/> <b>GUILLERMO LEON VELEZ VARELA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i> <i>PS_5279_2025_EC2DC9</i> <hr/> <b>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</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 1030650631		MARTINEZ CARDOZO BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 este # 6 C 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5206345	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1698537739	9489343768	I	2025/08/11	2025/08/13	NEQUI	2	\$441,200

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>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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	1030650631	MARTINEZ BRAYAN	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPSC34	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$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 1030650631		MARTINEZ CARDOZO BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 este # 6 C 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5206345	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1698537739	9489343768	I	2025/08/11	2025/08/13	NEQUI	2	\$441,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$300	\$0	\$228,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$300	\$0	\$228,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$300	\$0	\$178,300	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$178,000	\$300	\$0	\$178,300	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$441,200</b>	