

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

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 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.919.020



BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO
PS_5279_2025_6F5061

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)

ITEM	<ul style="list-style-type: none"> · Realizar seguimiento de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo biomédico de acuerdo al cronograma, programación o necesidad en los diferentes servicios de la Subred. · Presentar informes de la gestión de mantenimiento en medio magnético, según los lineamientos de Gestión Biomédica, evidencias de los mantenimientos realizados · Actualización de hojas de vida equipos biomédicos, cambio de formatos archivos de gestión documental. · Realizar la verificación de funcionamiento, equipos en comodato garantía reporte de solicitud de mantenimiento correctivo o preventivo. · Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos herramientas y elementos de servicio suministrado por el hospital para el desarrollo de las actividades. · Informe sobre sucesos de seguridad y necesidades de los puntos de atención tanto en mantenimiento como en gestión de tecnología biomédica. · Realizar capacitaciones y socializaciones en manejo del uso seguro. · Apoyar los procesos de autoevaluación de estándares relacionadas con gestión de la tecnología. · Apoyar los procesos de autoevaluación de estándares relacionadas con gestión de la tecnología. · Participar y adherirse a las actividades y programas internos y externos relacionados con el objeto contractual. · 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. · Cumplir con las normas de Bioseguridad, Seguridad y salud en el Trabajo, Gestión Ambiental y Calidad con el fin de disminuir los riesgos. · Prestar su servicios de manera cortés, humana, cálida en las diferentes áreas y servicios donde preste sus actividades. · Mantener la reserva y discreción de la información que por su actividad llegare a conocer. · Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades. <p>Realizar acompañamiento de las calibraciones de los equipos biomédicos</p>
-------------	--

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490738788	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/09/22	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/22	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/22	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO</i> PS_5279_2025_6F5061</p> <hr/> <p>BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO CC: 1030650631</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p><i>GUILLERMO LEON VELEZ VARELA</i> PS_5279_2025_6F5061</p> <hr/> <p>GUILLERMO LEON VELEZ VARELA SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i> PS_5279_2025_6F5061</p> <hr/> <p>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2025-08	2025-08	1793616749	9490738788	I	2025/09/08	2025/09/22	NEQUI	14	\$444,600

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
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	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
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 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
2025-08	2025-08	1793616749	9490738788	I	2025/09/08	2025/09/22	NEQUI	14	\$444,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,100	\$0	\$229,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$2,100	\$0	\$229,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,600	\$0	\$179,600	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$178,000	\$1,600	\$0	\$179,600	
TOTAL				1	\$440,500	\$4,100	\$0	\$444,600	