

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	HUGO LEONEL VELASCO ERIRA			CC:	1144048801	
CORREO ELECTRÓNICO:	hugol.velasco@gmail.com			TELÉFONO:	3154241606	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 36 53A 71			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Helm Bank)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	765076537	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5278 2025	N° CDP:	2526	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	\$ 4.368.000					



HUGO LEONEL VELASCO ERIRA
PS_5278_2025_2F8682

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HUGO LEONEL VELASCO ERIRA

CC: 1144048801

CEL: 3154241606

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
HUGO LEONEL VELASCO ERIRA				
CON C.C N°		1.144.048.801		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5278 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20.517.120	No. HORAS EJECUTADAS	48	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 44.948.592	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.368.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN			
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	Como profesional en ortopedia realizó actividades diagnósticas y terapéuticas en el marco del plan de manejo en ortopedia, abordando patologías del sistema músculo-esquelético con enfoque científico, ético y humano. Brindar atención integral, oportuna y humanizada, cumpliendo estándares de calidad, protocolos y normativas vigentes. Participar en procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, seguimiento de pacientes, diligenciamiento adecuado de registros clínicos, y garantizar la confidencialidad de la información. Usar responsablemente los recursos asignados, reportar novedades, asistir a capacitaciones, apoyar procesos administrativos, docentes y de mejoramiento continuo. Cumplir con requisitos legales y contractuales como inscripción en RETHUS, MIPRES y RUAF, y garantizar el pago oportuno de aportes al sistema de seguridad social.			
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° 9492065059	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/22	\$ 396.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/22	\$ 508.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/22	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 904.900	

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



HUGO LEONEL VELASCO ERIRA

PS_5278_2025_2F8682

HUGO LEONEL VELASCO ERIRA

CC: 1144048801

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5278_2025_2F8682

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_5278_2025_2F8682

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1144048801		VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 # 53 A 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3154241606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1791479876	9492065059	I	2025/09/02	2025/09/22	BANCOLOMBIA	\$994,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	1144048801	VELASCO ERIRA HUGO LEONEL																		230301	30	\$3,174,766	\$508,000	EPS008	30	\$3,174,766	\$396,900		0		\$0	\$0	14-11	30	\$3,174,766	\$77,400	0		\$0	\$0	No	\$982,300
Total Afiliados(1)																							\$3,174,766	\$508,000			\$3,174,766	\$396,900			\$0	\$0			\$3,174,766	\$77,400			\$0	\$0		\$982,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1144048801		VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 # 53 A 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3154241606	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	1791479876	9492065059	I	2025/09/02	2025/09/22	BANCOLOMBIA	20	\$994,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$508,000	\$6,400	\$0	\$514,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$508,000	\$6,400	\$0	\$514,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$77,400	\$1,000	\$0	\$78,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$77,400	\$1,000	\$0	\$78,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$396,900	\$5,000	\$0	\$401,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$396,900	\$5,000	\$0	\$401,900
TOTAL				1	\$982,300	\$12,400	\$0	\$994,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1144048801		VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 # 53 A 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3154241606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1791479876	9492065059	I	2025/09/02	2025/09/22	BANCOLOMBIA	\$994,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	1144048801	VELASCO ERIRA HUGO LEONEL																		230301	30	\$3,174,766	\$508,000	EPS008	30	\$3,174,766	\$396,900		0		\$0	\$0	14-11	30	\$3,174,766	\$77,400	0		\$0	\$0	No	\$982,300
Total Afiliados(1)																							\$3,174,766	\$508,000			\$3,174,766	\$396,900			\$0	\$0			\$3,174,766	\$77,400			\$0	\$0		\$982,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1144048801		VELASCO ERIRA HUGO LEONEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 # 53 A 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3154241606	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	1791479876	9492065059	I	2025/09/02	2025/09/22	BANCOLOMBIA	20	\$994,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$508,000	\$6,400	\$0	\$514,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$508,000	\$6,400	\$0	\$514,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$77,400	\$1,000	\$0	\$78,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$77,400	\$1,000	\$0	\$78,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$396,900	\$5,000	\$0	\$401,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$396,900	\$5,000	\$0	\$401,900	
TOTAL				1	\$982,300	\$12,400	\$0	\$994,700	