

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.919.020	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 BRAYAN DAVID MARTINEZ CARDOZO PS_5279_2025_4F0ED7 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			
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	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.			
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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9492138992	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/10/21	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/21	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/21	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARTINEZ CARDOSO PS_5279_2025_4F0ED7 MARTINEZ CARDOSO CC: 1030650631		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 VELEZ VARELA PS_5279_2025_4F0ED7 VELEZ VARELA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 STRAHLEN PS_5279_2025_4F0ED7 STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO		

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
2025-09	2025-09	1867422080	9492138992	I	2025/10/08	2025/10/21	NEQUI	13	\$444,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	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	Valor
2025-09	2025-09	1867422080		9492138992	I	2025/10/08	2025/10/21	NEQUI	\$444,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,900	\$0	\$229,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,900	\$0	\$229,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500	
TOTAL				1	\$440,500	\$3,700	\$0	\$444,200	