

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	IVAN FELIPE MENDEZ CASAS		<b>CC:</b>	80237987	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	IVANCASAS1981@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3245516821	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 95A 26 85 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO AV VILLAS	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	070991968

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 3076 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.672.026
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



IVAN FELIPE MENDEZ CASAS  
PS\_3076\_2025\_73DD91

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

IVAN FELIPE MENDEZ CASAS

CC: 80237987

CEL: 3245516821

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

**IVAN FELIPE MENDEZ CASAS**

**CON C.C N°**

**80.237.987**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO MENSAJERO MOTORIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3076 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 5.344.052	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 29.392.286	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** ONCE (11) MESES

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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	SE TRANSPORTA Y ENTREGA AL PACIENTE LOS MEDICAMENTOS DE ACUERDO A SU FORMULACIÓN.
2	SE REGISTRAN LA TEMPERATURA Y HUMEDAD DEL CONTENEDOR DE LOS MEDICAMENTOS Y LAS NOVEDADES SON INFORMADAS A LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
3	SE FIRMAN EL REGISTRO DE ENTREGA DE INSUMOS EN LAS FARMACIAS.
4	SE ENTREGAN LOS INSUMOS REGISTRANDO NOMBRE CLARO DE QUIEN ENTREGA Y QUIEN RECIBE
5	SE REPORTAN LAS DIFICULTADES PRESENTADAS A LOS DIRECTORES TÉCNICOS DE LAS FARMACIAS O LA PERSONA ASIGNADA DE LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
6	SE REALIZAN LOS TRASLADOS URGENTES INFORMADOS POR EL COORDINADOR DEL PROCESO
7	"SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. "
8	"SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO."
9	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS.
10	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y RELACIONADAS CON EL TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.
11	SE PRESENTAN LOS SOPORTES SOLICITADOS
12	SE CUENTA CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD SOLICITADOS.
13	SE MANTIENE LA MOTO EN BUENAS CONDICIONES Y FUNCIONAL

**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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

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

No. DE PLANILLA:	N° 9494130513	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>IVAN FELIPE MENDEZ CASAS</i> PS_3076_2025_73DD91</p> <hr/> <p><b>IVAN FELIPE MENDEZ CASAS</b> <b>CC: 80237987</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_3076_2025_73DD91</p> <hr/> <p><b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_3076_2025_73DD91</p> <hr/> <p><b>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80237987		MENDEZ CASAS IVAN FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 a bis #116-31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	34585756	9494130513	I	2025/11/24	2025/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$405,800

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			\$0	\$0			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
1	CC	80237987	MENDEZ IVAN	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80237987		MENDEZ CASAS IVAN FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 a bis #116-31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	34585756	9494130513	I	2025/11/24	2025/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$405,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$405,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$405,800</b>	