

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ | | CC: | 1098741066 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | JAIMEANDRES.M@HOTMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3015850913 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 50 104B 34 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BBVA COLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 766001794 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5077 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.672.026 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/03/11 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/11/30 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30 | | |



JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ
PS_5077_2025_0C381D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ

CC: 1098741066

CEL: 3015850913

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

JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ

CON C.C N°

1.098.741.066

| | |
|-----------------------------|--|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|--|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5077 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/03/11 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 1.870.418 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 23.246.626 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.672.026 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | NUEVE (9) MESES |
|--|-----------------|

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|----------------------|

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA |
|-------------------------------|--------------------------------|

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 APOYA EL PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. |
| 2 | SE REALIZA LLAMADAS TELEFÓNICAS PARA BRINDAR TODA LA ASESORÍA FRENTE AL TRÁMITE DOCUMENTAL DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. |
| 3 | SE APOYO LOS PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL A LOS PROCESOS SUBYACENTES DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. |
| 4 | SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE CONTROL EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS. |
| 5 | SE OPERAR EL SISTEMA AGILSALUD ADELANTANDO LA RECEPCIÓN INICIAL, REVISIÓN DIARIA, SISTEMATIZACIÓN, FOTOCOPIADO O ESCANER, REPARTICIÓN, RECEPCIÓN DE RESPUESTAS, ARCHIVO DE LAS MISMAS AL DÍA Y SEGUIMIENTO SEGÚN SE REQUIERA O DE ACUERDO A LO ASIGNADO. |
| 6 | SE ARCHIVA LA DOCUMENTACIÓN QUE INGRESA A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, DEBIDAMENTE FOLIADA Y CLASIFICADA POR SUS RESPECTIVOS NOMBRES EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 7 | SE APOYA CON LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA PARA CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS DE LAS AUTORIDADES DE CONTROL, RESPECTO A LA DOCUMENTACIÓN QUE MANEJA LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. |
| 8 | SE CUMPLE CON LAS DEMÁS OBLIGACIONES COMPLEMENTARIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL. |

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° 1076405276 | OPERADOR: | SIMPLE |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | NUEVA EPS | 2025/11/12 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/11/12 | \$ 227.800 |

| | | | |
|---------------------|------|------------|-------------------|
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/11/12 | \$ 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 ibr 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 |  <p><i>JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ</i> <i>PS_5077_2025_0C381D</i></p> <hr/> <p>JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ CC: 1098741066</p> |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <p><i>ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA</i> <i>PS_5077_2025_0C381D</i></p> <hr/> <p>ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |