

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALEXANDER RODRIGUEZ IBAÑEZ		CC:	80240526	
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEX292506@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3115586878	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 1A BIS 2A 21 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	552181273

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5855 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ALEXANDER RODRIGUEZ IBAÑEZ  
PS\_5855\_2025\_2EDA2E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALEXANDER RODRIGUEZ IBAÑEZ

CC: 80240526

CEL: 3115586878

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

**ALEXANDER RODRIGUEZ IBÁÑEZ**

**CON C.C N°**

**80.240.526**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5855 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/07/02</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>	\$ 18.704.182	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	<p>Realizaron actividades de traslados de insumos, equipos y funcionarios según programación asignada por la Oficina de Transportes mediante la mesa de ayuda y directrices por parte del referente de transportes.</p> <p>Realizar el diligenciamiento de los formatos establecidos en la red documental del proceso de transporte como son</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Control de recorrido diario de vehículos</li> <li>* Inspección Preoperacional</li> <li>* Consumo de kilometraje y control de combustible.</li> </ul>

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1077018458	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/09	\$ 177.937
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/09	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/09	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 405.697</b>

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**



*ALEXANDER RODRIGUEZ IBAÑEZ*

*PS\_5855\_2025\_2EDA2E*

**ALEXANDER RODRIGUEZ IBAÑEZ**

**CC: 80240526**

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



*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN*

*PS\_5855\_2025\_2EDA2E*

**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-09, 09:45:31 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077018458

Periodo Cotización: noviembre de 2025 Periodo Servicio: noviembre de 2025 Referencia pago (PIN): 8802811591

## PAGADO 09/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDER RODRIGUEZ IBANEZ		
Documento	CC80240526	Dirección	CL 1A #2 A - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115586878
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGF	UMC	AVP	AGP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 80240526	ALEXANDER RODRIGUEZ IBANEZ	03	00																0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800	\$ 1.100	\$ 406.900