

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDER MANUEL MORA POLO			CC:	11152560
CORREO ELECTRÓNICO:	EDMOPO1969@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3115912306
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 73D BIS 38D 38 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	380720649
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4483 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.222.946	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/31	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 EDER MANUEL MORA POLO PS_4483_2025_AE84F6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDER MANUEL MORA POLO CC: 11152560 CEL: 3115912306					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
EDER MANUEL MORA POLO				
CON C.C N°		11.152.560		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACI/ON TIC/S DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4483 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/31
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.519.990	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.749.450	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.222.946	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y QUINCE (15) DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN			
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	Brindar información a los colaboradores de la Subred sobre las líneas a las cuales deben comunicarse para solicitar el desbloqueo de usuarios en el sistema Dinámica Gerencial.			
2	Brindar apoyo técnico en la configuración del dominio y la asignación de direcciones IP, asegurando la correcta conectividad a internet de los equipos de cómputo.			
3	Realizar la instalación y configuración de programas esenciales para la operación de la entidad, entre ellos Adobe, 7-Zip, PDF24, Google Chrome, Mozilla Firefox, WHO Anthro, Microsoft Office y VNC.			
4	Realizar el mantenimiento de los equipos de cómputo, incluyendo limpieza interna e instalación del sistema operativo.			
5	Capacitar a los colaboradores en el acceso a los sistemas de información (Dinámica Web, Dinámica Net, AvantagePACS y laboratorio), dejando configuradas las credenciales en los navegadores correspondientes.			
6	Instalar y configurar impresoras y escáneres para su correcto funcionamiento en los equipos de cómputo.			
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				
No. DE PLANILLA:	N° 92357949	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/15	\$ 178.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/15	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 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 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



EDER MANUEL MORA POLO

PS_4483_2025_AE84F6

EDER MANUEL MORA POLO

CC: 11152560

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JHON ALEXANDER GELVES ARIAS

PS_4483_2025_AE84F6

JHON ALEXANDER GELVES ARIAS

SUPERVISOR ALTERNO

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



JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN

PS_4483_2025_AE84F6

JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN

SUPERVISOR DEL CONTRATO