

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MATEO MAHECHA LOPEZ			CC:	1002541843
CORREO ELECTRÓNICO:	MAHECHALOPEZMATEO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3133237250
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11B 17 40 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	40200015870
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3063 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.684.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 MATEO MAHECHA LOPEZ PS_3063_2025_E0A7DA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MATEO MAHECHA LOPEZ CC: 1002541843 CEL: 3133237250					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
MATEO MAHECHA LOPEZ				
CON C.C N°		1.002.541.843		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE DE HEMOVIGILANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3063 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.736.000	No. HORAS EJECUTADAS	250	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 60.892.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.684.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA			
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	Se realizan actividades de hemovigilancia en las sedes de Santa Clara, San Blas, Jorge Eliecer y Victoria, se aplica auditoria retrospectiva y se realiza análisis de auditoria concurrente. Se realizan circulos de seguridad del paciente y presentación en comités asistenciales de la Subgerencia de Servicios de Salud.			
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° 82294695	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/11	\$ 234.200	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 299.800	
RIESGOS LABORALES:	LA EQUIDAD	2025/12/11	\$ 45.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 579.700	

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, 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



MATEO MAHECHA LOPEZ

PS_3063_2025_E0A7DA

MATEO MAHECHA LOPEZ

CC: 1002541843

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



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_3063_2025_E0A7DA

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO