

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ERASMO CASTILLO PATIÑO			CC:	79284499
CORREO ELECTRÓNICO:	jc4700686@gmail.com			TELÉFONO:	3197175770
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39 SUR 4 91 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400768761
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 8283 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 630.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/22 AL 2025/12/31				
 JOSE ERASMO CASTILLO PATIÑO PS_8283_2025_1CA044 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE ERASMO CASTILLO PATIÑO CC: 79284499 CEL: 3197175770					

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

JOSE ERASMO CASTILLO PATIÑO

CON C.C N°

79.284.499

OBJETO DEL CONTRATO:

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 8283 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/12/19

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$ 910.000

No. HORAS EJECUTADAS

0

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 3.010.000

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 630.000

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

DOS (2) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

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
- Se realiza cambio de balas de aire, de oxígeno en diferentes servicios
- 2
- Se realiza la revisión de las fugas de agua presentadas
- 3
- Se aplica estuco y pintura en varios espacios
- 4
- Se realiza revisión de las actividades programadas dentro del plan de mantenimiento hospitalario de la infraestructura
- 5
- Se realizan actividades de plomería

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 (2025-12-22) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JOSE ERASMO CASTILLO PATIÑO

PS_8283_2025_1CA044

JOSE ERASMO CASTILLO PATIÑO

CC: 79284499

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NICOLAS SANCHEZ LOZANO

PS_8283_2025_1CA044

NICOLAS SANCHEZ LOZANO

SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

PS_8283_2025_1CA044

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO