

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ PS_5077_2025_6581D9 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:	\$ 28.590.678	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

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

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

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 APOYO EL PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
2	SE REALIZA LLAMADAS TELEFÓNICAS Y 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.
4	SE REALIZO SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE CONTROL EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS.
5	SE DA MANEJO EN 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 ARCHIVO 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 APOYO 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 DA MANEJO A 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077202848	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 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	 JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ PS_5077_2025_6581D9 JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ CC: 1098741066		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA PS_5077_2025_6581D9 ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA SUPERVISOR DEL CONTRATO		