

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>JAIRO NELSON TORRES BELTRAN</b>		<b>CC:</b>	<b>19445035</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>JTJATORBE@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3202589546</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 49A SUR 38 79</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA S.A.</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>008480343709</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 4498 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 4.227.120</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/02/03</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/01/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31</b>		



*JAIRO NELSON TORRES BELTRAN*  
*PS\_4498\_2025\_800B68*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JAIRO NELSON TORRES BELTRAN**

**CC: 19445035**

**CEL: 3202589546**

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

**JAIRO NELSON TORRES BELTRAN**

**CON C.C N°**

**19.445.035**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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 4498 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/02/03</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 8.172.432	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 54.670.752	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.227.120
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOCE (12) MESES
--	-----------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
-------------------------------	---------------------------------

**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	Revisión de Contratos en el aplicativo Secop II. Ingresar la información del registró presupuestal, Verificar Aprobación de las pólizas, Elaborar acta de Inicio para firma de las partes, Activar el Contrato en el aplicativo Secop II.
2	Realizar seguimiento de ejecución de los diferentes contratos, Solicitar envío de pedido mensual, Realizar seguimiento a las entregas de los pedidos por proveedor (Aplicativo Dinámica - Diario), Informar y solicitar al proveedor la entrega de pendientes, Realizar seguimiento a la entrega de valores agregados, Realizar las respectivas certificaciones de lo facturado por el proveedor.
3	Proyectar Adiciones y prorrogas de acuerdo a los parámetros de presupuesto contratación, Realizar la(s) modificación y/o correcciones solicitadas por el área de contratación, Proyectar saldos actuales mensuales por contrato para el envío de pedidos mes a mes.
4	Conciliar con el proveedor los saldos del contrato en diferentes meses (trimestral) para validar su ejecución, Solicitar aclaración de facturas, correcciones, notas contables cuando sea necesario, Subir al Secop II la diferente documentación por cada contrato.
5	Realizar las Actas de Liquidación, Realizar conciliación total con el proveedor de las facturas aplicadas al contrato, Solicitar el informe a tesorería de las facturas pagadas del contrato, Diligenciar los diferentes formatos y soportes para la aprobación del acta de liquidación (Presupuesto-Contratación).
6	Atender las solicitudes, aclaraciones del proveedor, (incremento de precios, exclusión, etc.), y requerirlo cuando sea necesario durante la ejecución del contrato.
7	Garantizar el adecuado manejo. archivo físico de todos los documentos que se sean relevantes durante la ejecución del contrato.
8	Subir al Secop II la documentación y soportes del seguimiento y ejecución de contratos.
9	presentar informes de acuerdo a las necesidades del área.
10	asegurar la adecuada y racional utilización de los recursos de la subred y demás equipos y elementos que sean utilizados para el cumplimiento de las actividades contractuales.
11	cumplir con las normas de bioseguridad, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental y calidad con el fin de disminuir los riesgos.
12	prestar sus servicios de manera cortés, humana, cálida en las diferentes áreas y servicios donde preste sus actividades.
13	mantener la reserva y discreción de la información que por su actividad llegare a conocer.
14	informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades.
15	presentar planilla de pago de aportes de seguridad social del mes correspondiente al certificado.
16	las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y que se encuentren relacionadas con el objeto contractual. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

**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 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 9496936935	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	\$ 212.500
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/01/05	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 41.500
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 254.000


**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 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>JAIRO NELSON TORRES BELTRAN</i> PS_4498_2025_800B68</p> <hr/> <p><b>JAIRO NELSON TORRES BELTRAN</b> <b>CC: 19445035</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i> PS_4498_2025_800B68</p> <hr/> <p><b>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19445035		TORRES BELTRAN JAIRO NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 49A SUR 38 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7412753	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	42307336	9496936935	I	2026/01/09	2026/01/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$254,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$0	\$0			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$0	\$0			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0
1	CC 19445035	TORRES JAIRO		0	\$0	\$0	EPS008	30	\$1,700,000	\$212,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,700,000	\$41,500	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$0	\$0			\$1,700,000	\$212,500			\$0	\$0			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19445035		TORRES BELTRAN JAIRO NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 49A SUR 38 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7412753	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	42307336	9496936935	I	2026/01/09	2026/01/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$254,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,500	\$0	\$0	\$212,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$212,500	\$0	\$0	\$212,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$254,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$254,000</b>	