

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 MATEO MAHECHA LOPEZ PS_3063_2025_42CF97 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:	\$ 65.576.000	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	Realizo actividades del programa de hemovigilancia en las Sedes de la Subred Centro oriente, analizando reacciones adversas a la transfusion, reportando a entes de vigilancia cada una de estas, ademas se gestionan auditorias retrospectivas y concurrentes, realizo informe de riesgos, presentacion en circulos de seguridad y comite de seguridad del paciente en comites asistenciales.		
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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 82803345	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/06	\$ 234.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/06	\$ 299.800
RIESGOS LABORALES:	LA EQUIDAD	2026/01/06	\$ 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_42CF97

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_42CF97

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-02-10, 03:47:06 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2026
Empresa	MATEO MAHECHA LOPEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1002541843
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	83641919
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	52646715
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 617.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 299.800	\$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 234.200	\$ 0
N830008686	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, O.	1	\$ 45.700	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 37.500	\$ 0
SubTotales:				\$ 617.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 617.200

