

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA			RUT:	632005203
CORREO ELECTRÓNICO:	enriquemora1812@gmail.com			TELÉFONO:	3138329907
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 # 27 98			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570105213

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2017 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.194.468
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		



WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA  
PS\_2017\_2025\_8ADDDB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA

RUT: 632005203

CEL: 3138329907

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

**WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA**

CON C.C N°

632.005.203

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2017 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 38.088.360	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>204</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 94.586.094	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.194.468
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD CHIRCALES
--	---------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

**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)

<b>ITEM</b>	<p>1 Preste servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.</p> <p>2 - Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.</p> <p>3 - Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.</p> <p>4 - Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.</p> <p>5 - Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.</p> <p>6 - Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.</p> <p>7 - Coordinar el área de urgencias de manera integral y científica, envíe el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades y gestione la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios.</p> <p>8 Y Las Demas Actividades Asignadas Por La Supervisión De Contrato.</p>
-------------	--

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 92674576	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SANITAS	2026/01/26	\$ 317.400
<b>PENSIÓN:</b>	PENSION	2026/01/26	\$ 0

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/26	\$ 61.854
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 379.254



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 ibr 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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA</i>  <i>PS_2017_2025_8ADDDDB</i></p> <hr/> <p><b>WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA</b>  <b>RUT: 632005203</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</i>  <i>PS_2017_2025_8ADDDDB</i></p> <hr/> <p><b>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>