

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR ANDRES CASTRO GALINDO		CC:	80756928	
CORREO ELECTRÓNICO:	OSCARANDRES2083@OUTLOOK.COM		TELÉFONO:	3132677581	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 68 BIS SUR 71G 53		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400721380

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7800 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.100.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



OSCAR ANDRES CASTRO GALINDO
PS_7800_2025_927D7F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OSCAR ANDRES CASTRO GALINDO

CC: 80756928

CEL: 3132677581

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OSCAR ANDRES CASTRO GALINDO

CON C.C N° **80.756.928**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **PS 7800 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **2025/11/01**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.100.000 **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.300.000 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.100.000

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

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° 9496906267	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/06	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/06	\$ 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



OSCAR ANDRES CASTRO GALINDO

PS_7800_2025_927D7F

OSCAR ANDRES CASTRO GALINDO

CC: 80756928

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NICOLAS SANCHEZ LOZANO

PS_7800_2025_927D7F

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_7800_2025_927D7F

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO