

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JORGE ALBERTO ACOSTA VERA | | CC: | 19473667 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | JORGELABERTOACOSTAVERA61@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3114410639 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 2 ESTE 5 16 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 03070142944 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 7797 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 | | |



JORGE ALBERTO ACOSTA VERA
PS_7797_2025_AB9FB4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JORGE ALBERTO ACOSTA VERA

CC: 19473667

CEL: 3114410639

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

JORGE ALBERTO ACOSTA VERA

CON C.C N°

19.473.667

| | |
|-----------------------------|---|
| 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 7797 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 | Realizar resane y aplicación de pintura | | |
| 2 | Se realizo la entrega de balas de oxigeno, de aire en los varios servicios | | |
| 3 | Se realizo la revisión de fugas de agua en diferentes servicios | | |
| 4 | Se realizo cambio de accesorios de plomería | | |
| 5 | Se realizo cambio de luminarias en varios servicios | | |
| 6 | Se realizo traslado de cajas de archivo | | |
| 7 | Se realizo traslado de mobiliario | | |

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° 9497257689 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/01/09 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/01/09 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/01/09 | \$ 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



JORGE ALBERTO ACOSTA VERA

PS_7797_2025_AB9FB4

JORGE ALBERTO ACOSTA VERA

CC: 19473667

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NICOLAS SANCHEZ LOZANO

PS_7797_2025_AB9FB4

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_7797_2025_AB9FB4

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO