

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ		CC:	1023879304	
CORREO ELECTRÓNICO:	CASTELLANOS.MAURICIO3@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3028617054	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 30D 86 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	8400726413

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2977 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.833.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ

PS_2977_2026_39CFF7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ

CC: 1023879304

CEL: 3028617054

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

WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ

CON C.C N°

1.023.879.304

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO APOYO INFRAESTRUCTURA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 2977 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 11.332.400 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 11.332.400 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.833.100

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) 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	SEGUIMIENTO INTERVENCIONES OBRA DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL SAN BLAS
2	ELABORACION PLANO PARA EL PROYECTO DE URGENCIAS HOSPITAL SANTA CLARA
3	APOYO EN REALIZAR ESTUDIOS PREVIOS DE UPS
4	APOYO EN RONDAS DE SEGURIDAD
5	ACOMPAÑAMIENTO EN REUNIONES DE CIRCULOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
6	DEMÁS ACTIVIDADES SOLICITADAS POR EL REFERENTE DE INFRAESTRUCTURA

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501568482	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/02	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/02	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/02	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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



WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ

PS_2977_2026_39CFF7

WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ

CC: 1023879304

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NICOLAS SANCHEZ LOZANO

PS_2977_2026_39CFF7

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_2977_2026_39CFF7

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO