

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN SANTIAGO HUERFANO FONTECHA		CC:	1026294054	
CORREO ELECTRÓNICO:	santi10hh@hotmail.com		TELÉFONO:	3013488616	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 43 16 57 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91270406195

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2999 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.328.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



CRISTIAN SANTIAGO HUERFANO FONTECHA

PS\_2999\_2026\_939B46

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CRISTIAN SANTIAGO HUERFANO FONTECHA

CC: 1026294054

CEL: 3013488616

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

**CRISTIAN SANTIAGO HUERFANO FONTECHA**

**CON C.C N°**

**1.026.294.054**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER ( APOYO APOYO EN MANTENIMIENTO ) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2999 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/02</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.312.480	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 11.640.600	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.328.120
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
-------------------------------	---------------------------------

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

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 84271867	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/20	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/20	\$ 280.199
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/20	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.799</b>

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**



*CRISTIAN SANTIAGO HUERFANO FONTECHA*

*PS\_2999\_2026\_939B46*

**CRISTIAN SANTIAGO HUERFANO FONTECHA**

**CC: 1026294054**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*NICOLAS SANCHEZ LOZANO*

*PS\_2999\_2026\_939B46*

**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\_2999\_2026\_939B46*

**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**