

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	HECTOR ROGELIO GALINDO VARGAS		<b>CC:</b>	19334332	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	hrgv1933@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3108665064	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	Transversal 18 #19 60		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	488437694042

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 2008 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.402.400
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/05/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



HECTOR ROGELIO GALINDO VARGAS  
PS\_2008\_2026\_21E841

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

HECTOR ROGELIO GALINDO VARGAS

CC: 19334332

CEL: 3108665064

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

**HECTOR ROGELIO GALINDO VARGAS**

CON C.C N°

19.334.332

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 2008 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 14.894.880 **No. HORAS EJECUTADAS** 120

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 14.894.880 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.402.400

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO ( 4 ) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD CHIRCALES

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

**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 | 1. REALIZAR ACTIVIDADES POR HORA A 3 SESIONES POR HORA ENMARCADAS DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION. |
| 2 | 2. REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.   |
| 3 | 3. APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTANDO LA INFORMACION Y O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDAN AL OBJETO Y ACTIVIDADES CONTRACTUALES.  |
| 4 | 4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.   |

**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° 9501877558	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/23	\$ 218.900
PENSIÓN:	PENSION	2026/04/23	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/23	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 261.600</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**



*HECTOR ROGELIO GALINDO VARGAS*

*PS\_2008\_2026\_21E841*

**HECTOR ROGELIO GALINDO VARGAS**

**CC: 19334332**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA*

*PS\_2008\_2026\_21E841*

**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**