

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILSON DAVID BARAJAS HERRERA			CC:	80210464
CORREO ELECTRÓNICO:	WILSONDAVID4@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3023560628
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 25 24 59 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66918875515
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4039 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.470.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/14 AL 2026/05/31				
 WILSON DAVID BARAJAS HERRERA PS_4039_2026_8547F8 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WILSON DAVID BARAJAS HERRERA CC: 80210464 CEL: 3023560628					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
WILSON DAVID BARAJAS HERRERA

CON C.C N° 80.210.464

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO ASISTENCIAL COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4039 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/12
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.519.000	No. HORAS EJECUTADAS	120
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.797.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.470.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

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	1. REALICE EL RECIBI Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA Y POR RADIO DE COMUNICACIONES CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.2.VELAR POR EL USO RESPONSABLE, MANTENIMIENTO ADECUADO Y CONSERVACIÓN DEL VEHÍCULO ASIGNADO, ASEGURANDO SU ÓPTIMA CONDICIÓN, PRESENTACIÓN Y SEGURIDAD PARA PRESTAR UN SERVICIO EFICIENTE A LA CIUDADANÍA.3.COMUNICAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.4.REPORTAR INMEDIATAMENTE CUALQUIER ACCIDENTE DE TRÁNSITO O INCIDENTE CON PEATONES A LAS AUTORIDADES Y A LA ASEGURADORA, SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.

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 (2026-05-14) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 ibc 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



WILSON DAVID BARAJAS HERRERA

PS_4039_2026_8547F8

WILSON DAVID BARAJAS HERRERA

CC: 80210464

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PS_4039_2026_8547F8

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2026-06-29, 03:18:23 PMTipo PlanillaINúmero Planilla1082782272Referencia pago(PIN)8824184111

Periodo Cotización202605Periodo Servicio202605

Ciente:

PAGADA 2026-06-13 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON DAVID BARAJAS HERRERA						
Documento	CC 80210464			Dirección	CR 25 #24 - 59 SUR AP 202		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3023560628		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80210464		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					BARAJAS HERRERA WILSON DAVID	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	0	0				\$ 1.750.905	25-14	16 %	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS002		12,5 %	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	NIN-AR		0,000 %	\$ 0	\$ 0	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

