

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HECTOR FERNANDO GARZON ROZO			CC:	80055982
CORREO ELECTRÓNICO:	HECTORGARZON2802@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3112840840
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 D 49 28 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480373185
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3048 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.713.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



HECTOR FERNANDO GARZON ROZO
PS_3048_2026_8E01C7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HECTOR FERNANDO GARZON ROZO
CC: 80055982
CEL: 3112840840

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

HECTOR FERNANDO GARZON ROZO

CON C.C N°

80.055.982

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO 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 3048 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.852.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.278.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.713.100
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	1.Realicé los siguientes trámites en bancos. Enlace evidencias https://drive.google.com/drive/folders/10p1sBqHc0qVs9mNsTKVB1jgxXSZnOWxY?usp=drive_link
2	2.Realicé la distribución de correspondencia en las diferentes sedes administrativas de la Calle 34. Enlace evidencias https://drive.google.com/drive/folders/10p1sBqHc0qVs9mNsTKVB1jgxXSZnOWxY?usp=drive_link
3	3.Se realizó pagos y consignaciones a los diferentes Bancos Enlace evidencias https://drive.google.com/drive/folders/10p1sBqHc0qVs9mNsTKVB1jgxXSZnOWxY?usp=drive_link
4	4.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
5	5.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
6	6.Certificó por escrito la titularidad del vehículo y anexo los documentos correspondientes. Enlace evidencias https://drive.google.com/drive/folders/10p1sBqHc0qVs9mNsTKVB1jgxXSZnOWxY?usp=drive_link
7	7.Cuento con los implementos de seguridad personal como se evidencia a continuación: CASCO, RODILLEREAS, CODERAS. Enlace evidencias https://drive.google.com/drive/folders/10p1sBqHc0qVs9mNsTKVB1jgxXSZnOWxY?usp=drive_link
8	8.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
9	9.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
10	10.Se cumplen con las metas establecidas por la referente de Gestión Documental

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1113808821	OPERADOR:	SOI
------------------	---------------	-----------	-----

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/12	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 FERNANDO GARZON ROZO PS_3048_2026_8E01C7 HECTOR FERNANDO GARZON ROZO CC: 80055982		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA PS_3048_2026_8E01C7 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN PS_3048_2026_8E01C7 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 80055982
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HECTOR FERNANDO GARZON ROSO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA2DNUMERO49-28SUR	TELÉFONO: 7712009
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	1113808821	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1213300900

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900

VALOR SIN MORA:	\$ 499.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 499.100