

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GONZALO CRUZ FERNANDEZ			CC:	19474825
CORREO ELECTRÓNICO:	GONZ749@YAHOO.ES			TELÉFONO:	3115726326
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 32B BIS SUR 7 15 E			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102600772
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2983 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.833.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



GONZALO CRUZ FERNANDEZ
PS_2983_2026_5B0AA7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GONZALO CRUZ FERNANDEZ
CC: 19474825
CEL: 3115726326

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

CON C.C N° 19.474.825

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 2983 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.165.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.833.100
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	Se realizaron actividades de resane, estucado y pintura en las áreas intervenidas, con el fin de mejorar las condiciones locativas y garantizar la adecuada presentación y conservación de las superficies.
2	Se efectuó la revisión de las redes hidráulicas, verificando la existencia de fugas de agua; como resultado, se realizó el cambio de accesorios de plomería (llaves, sifones y conexiones) que presentaban deterioro o fallas de funcionamiento
3	Se llevó a cabo la inspección, ajuste y mantenimiento de puertas y chapas en varios servicios, garantizando su correcto cierre, funcionamiento y condiciones de seguridad.
4	Se realizó el reemplazo de luminarias por tecnología LED, mejorando la eficiencia energética y los niveles de iluminación en las áreas intervenidas.
5	Se efectuó la entrega y reposición de balas de aire medicinal y oxígeno en diferentes servicios, asegurando la disponibilidad y continuidad del suministro conforme a los requerimientos operativos.
6	Se realizaron actividades de trasteo en las casas administrativas, incluyendo el cargue, descargue y reubicación de mobiliario y archivo, garantizando su correcta manipulación y organización.
7	Se efectuó mantenimiento preventivo de instalaciones eléctricas, incluyendo revisión de tomacorrientes, interruptores y puntos de conexión, corrigiendo condiciones inseguras.
8	Se realizó limpieza y verificación de luminarias, rejillas y superficies, con el fin de mantener condiciones adecuadas de aseo y funcionamiento
9	Se llevó a cabo la inspección de cielos rasos y muros, identificando posibles humedades, fisuras o desprendimientos, realizando los ajustes menores requeridos.
10	Se verificó el estado general de áreas comunes y servicios, asegurando el orden, la funcionalidad de los espacios y el cumplimiento de las condiciones locativas establecidas.

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 **cláusula "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° 85170209	OPERADOR:	MI PLANILLA
------------------	-------------	-----------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/06/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/09	\$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/09	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.042
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	 GONZALO CRUZ FERNANDEZ PS_2983_2026_5B0AA7 GONZALO CRUZ FERNANDEZ CC: 19474825		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NICOLAS SANCHEZ LOZANO PS_2983_2026_5B0AA7 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_2983_2026_5B0AA7 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO		