

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HENRY RAMIREZ VARGAS			CC:	19473379
CORREO ELECTRÓNICO:	HERAVA0105@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3115320346
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 19 SUR 69 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488470198208
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1731 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.328.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				



HENRY RAMIREZ VARGAS
PS_1731_2026_98DE08

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HENRY RAMIREZ VARGAS
CC: 19473379
CEL: 3115320346

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

CON C.C N°19.473.379

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1731 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	-------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$13.968.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.328.120
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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. RECOGER EN LA FARMACIA HOJAS DE GASTOS SCANEAR Y SUBIR LOS SOPORTES A REQUERIMIENTOS. 2. RECEPCIONAR SCANEAR Y SUBIR TODOS LOS SOPORTES MANUALES DE LAS HISTORIAS CLINICAS. (EPICRISIS, HOJAS ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, FORMATO CAPACITACION MADRE CANGURO,FORMATO RECORD DE ANESTESIA,FORMATO COMPRA INSUMOS MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ,FORMULARIO TRANSFUNCIONAL-BANCOS DE SANGRE, ORDENES E SALIDA Y VOLUNTARIAS, LABORATORIOS TSH, SOPORTES DE PAGO RECIBO DE CAJA Y PAGARES,SOPORTES TRABAJO SOCIAL,CONSENTIMIENTO VIH,SOPORTE ELECTROCARDIOGRAMA-MONITOREO FETAL,SOPORTE INTERCONSULTA DE OPTOMETRIA,SOPORTE GASES ARTERIALES.) 3.RELACIONAR CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS Y ENTREGAR AL AREA DE ARCHIVO.4 BRINDAR EL APOYO NECESARIO A LOS REQUERMIENTOS SOLICITADOS POR LOS DIVERSOS GRUPOS DEL AREA FACTURACION.5. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO 6.PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082638514	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/06	\$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/07/06	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/06	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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



HENRY RAMIREZ VARGAS

PS_1731_2026_98DE08

HENRY RAMIREZ VARGAS

CC: 19473379

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_1731_2026_98DE08

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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

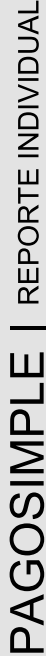


ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_1731_2026_98DE08

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Periodo Servicio 202606

Cliente:

PAGADA 2026-07-06

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HENRY RAMIREZ VARGAS		
Documento	CC 19473379	Dirección	CL 19 SUR #69 - 55 BLOQUE 2 APTO 101
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4203613
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
			Total Afiliados 1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 19473379		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	59	04							
RAMIREZ VARGAS HENRY									
BOGOTÁ D.C.									

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

[illegible]

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
									MEN	
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.600

