

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE RAMIRO LOPEZ MORENO			CC:	79288120
CORREO ELECTRÓNICO:	RAMIROYCARMEN50@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3115583646
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53C SUR 5C 23 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	42800007518
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2993 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.328.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div><div>JOSE RAMIRO LOPEZ MORENO PS_2993_2026_D1B882</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE RAMIRO LOPEZ MORENO CC: 79288120 CEL: 3115583646</div></div>					

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

JOSE RAMIRO LOPEZ MORENO

CON C.C N°

79.288.120

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER (APOYO APOYO EN MANTENIMIENTO) 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 2993 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.213.693	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
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	CAMBIO DE BALAS DE AIRE Y OXIGENO MEDICINAL EN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL LA VICTORIA
2	RESANE Y PINTURA EN CONSULTA EXTERNA
3	ACTIVIDADES DE PLOMERÍA EN LA UNIDAD
4	APOYO EN ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508143584	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/08/27	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/27	\$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/27	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.742

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JOSE RAMIRO LOPEZ MORENO

PS_2993_2026_D1B882

JOSE RAMIRO LOPEZ MORENO

CC: 79288120

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NICOLAS SANCHEZ LOZANO

PS_2993_2026_D1B882

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_2993_2026_D1B882

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO