Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

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

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA

CON C.C Nº **1.032.385.709**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNOLOGO BIOMEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EN MARCO DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH".

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5702 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**10/06/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.866.397**	**No. HORAS EJECUTADAS**		**NO APLICA**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 5.866.397**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.415.567**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**1 MES 21 DIAS**				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	Realizce la revisión de los equipos biomédicos, instrumental médico, verificacando el estado físico y funcional de estos mismos elementos c
2	Gestione el proceso de calibración de los equipos biomédicos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, y
3	Realice las hojas de vida e inventarios de los equipos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Pre-Hospitalaria y mantenerlos actualizados.
4	Elabore un cronograma anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos biomédicos e instrumental médic
5	Dí cumplimiento al cronograma de mantenimiento de todos los Equipos Biomédicos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria y realizar el informe respectivo mensualmente
6	Realice, tramite e hice seguimiento de las diferentes solicitudes de elementos y/o repuestos que se requieran para el mantenimiento preventivo, correctivo y funcionalidad de todos los equipos biomédicos e instrumental médico que estén asignados a las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria.
7	Mantuve la custodia de todos los equipos Biomédicos que no estén ubicados en las móviles y solicitar informes periódicos a las tripulaciones sobre la custodia de los equipos en funcionamiento a todas las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención
8	Brinde apoyo a las actividades de mantenimiento correctivo diario y de urgencia que sean solicitadas por las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria.
9	Dí cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 13. Dar trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual
11	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
12	Realice el registro de la información en los aplicativos institucionales y seguimiento a preoperacionales dando respuesta oportuna a los requerimientos, dejando registro y trazabilidad de la acciones a tomar
13	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales para el pago de los respectivos honorarios.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 10-06-2025 AL 30-06-2025

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

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA** **CC No 1032385709**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15.906.500** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** **SUPERVISOR CONTRATO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911** **LIDER PROGRAMA APH**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA**	**CC:**	**1.032.385.709**
CORREO ELECTRÓNICO:	jonapejo@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3176572737**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 43a # 9 -98	**CIUDAD:**	**BOGOTA**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24143131287**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 5702 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.415.567**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/06/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/07/2025**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**10-06-2025 AL 30-06-2025**		

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA
CEDULA:1032385709
CELULAR:3176572737

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA Identificado con CC 1032385709

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARQUE NACIONAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24143131287
Fecha de apertura:	7 de Febrero de 2025
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 07 de Junio de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GE[illegible] EN SALUD

09 JUN 2025
Cód 629 Maria Isabel Gómez P.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

No. de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia X; • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo X; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si; No
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente X; C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS): 57

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: [illegible] Montaya — Yonathan Andres.
9. Tipo de documento de identidad: [illegible]
10. Número de documento de identidad: 1032385707
11. Sexo biológico: Femenino; Masculino X
12. Sexo identificación: F; M; T; NB; Otro; Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Cundinamarca Bogotá
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 28-03-1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia: NA
17. Comunidad: NA
18. Discapacidad: Si; No X — Categoría de discapacidad: NA
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si; No X
20. Clasificación SISBÉN: Nivel; Grupo NA
21. Grupo de población especial: NA
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura.
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: 3'400.000
25. Tarifa Contribución Solidaria: NA
26. Residencia: Cll 43 #N 9-98 Bogotá DC
Zona: Cabecera Municipal X; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural
NA 3148681444 jcrapyo@mail.com
Bogotá chapinero

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino; Masculino
31. Sexo identificación: F; M; T; NB; Otro; Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V002

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1032385709, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'SELIG DE COLOMBIA SAS' NIT 830041730, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250217	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Junio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28939214

CER-AFI

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.385.709**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.