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:	$ 12.768.041		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.450.810	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES 21 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - 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 especificas realizadas durante el mes)
1	Realicé la revisión de 48 los equipos biomédicos, instrumental médico, verificando el estado fisico y funcional de estos mismos elementos con el fin de definir el requerimiento de mantenimiento preventivo y correctivo o de opción de reemplazo de s
2	Gestioné el proceso de calibración de los equipos biomédicos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, remitiendo al tercerizado a cargo de dicho proceso.
3	Realicé las hojas de vida e inventarios de los equipos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Pre-Hospitalaria, manteniendolos actualizados.
4	Dí continuidad al cronograma anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria,
5	Dí cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de los Equipos Biomédicos de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, realizando el informe respectivo mensualmente.
6	Realicé, tramité e hicé seguimiento de las diferentes solicitudes de elementos y/o repuestos que se requieran para el mantenimiento preventivo, correctivo y funcionalidad de los equipos biomédicos que estén asignados a las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria.
7	Mantuvé la custodia de todos los equipos Biomédicos que no estuvieron ubicados en las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria
8	Brindé apoyo a las actividades de mantenimiento correctivo y de urgencia de 12 equipos biomédicos que fueron solicitadas por las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria.
9	Dí cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para cabal el cumplimiento de las actividades.
11	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
12	Realicé el registro de la información en los aplicativos institucionales y seguimiento a preoperacionales dando respuesta oportuna a los requerimientos.
13	Tramité 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 **01/09/2025 AL 30/09/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7983868511	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	12/09/2025	$ 179.100
PENSIÓN:	PORVENIR	12/09/2025	$ 229.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/09/2025	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 443.100

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 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	**JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 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: 30/09/2025

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**	**$ 3.450.810**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/06/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**30/09/2025**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/09/2025 AL 3/09/2025**		

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA
CEDULA:1032385709
CELULAR:3176572737

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032385709
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 # 44 34	TELÉFONO:	8839026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7983868511**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	9				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1771358384	

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		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 229.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 229.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 179.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 179.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 34.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 2.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 443.100**

Planilla Pagada