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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA**			**CC:**	**1032385709**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JONAPEJO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3176572737**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 43A 9 98**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24143131287**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7876 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.521.564**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA
PS_7876_2025_D91BC3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA
CC: 1032385709
CEL: 3176572737

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 N°	**1.032.385.709**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECN?LOGO BIOM?DICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7876 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.521.564	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.521.564	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.521.564
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	REALICE LA REVISIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSTRUMENTAL MÉDICO, VERIFICANDO EL ESTADO FÍSICO Y FUNCIONAL DE ESTOS MISMOS ELEMENTOS CON EL FIN DE DEFINIR EL REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO O DE OPCIÓN DE REEMPLAZO (CORRESPONDIENTES A 39 MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y 12 CORRECTIVOS).
2	GESTIONE EL PROCESO DE CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LAS MÓVILES ADSCRITAS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, Y GENERANDOLOS INFORMES DE CANTIDAD DE EQUIPOS Y SU ESTADO FÍSICO Y FUNCIONAMIENTO EN EL MES CFORREPONDIENTE.
3	REALICE LA ALIMENTACIÓN DE LAS HOJAS DE VIDA E INVENTARIOS DE LOS EQUIPOS DE LAS MÓVILES ADSCRITAS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA Y SU RESPECTIVA ACTUALIZACIÓN. BRINDANDO APOYO A LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DIARIO Y DE URGENCIA QUE FUERON SOLICITADAS POR LAS MÓVILES ADSCRITAS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.
4	ELABORÉ UN CRONOGRAMA ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS E INSTRUMENTAL MÉDICO, MANTENIENDO LA CUSTODIA DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUE NO ESTÉN UBICADOS EN LAS MÓVILES Y SOLICITANDO INFORMES PERIÓDICOS A LAS TRIPULACIONES SOBRE LA CUSTODIA DE LOS EQUIPOS EN FUNCIONAMIENTO A TODAS LAS MÓVILES ADSCRITAS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.
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. REALIZANDO, TRAMITANDO Y HACIENDO 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. REMITIENDO LOS SOPORTES REQUERIDOS PARA EL INFORME DE EJECUCIÓN DEL MES EN REFERENCIA.
6	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SON INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7991231689	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	$ 179.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	$ 229.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 444.000

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	*YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA* *PS_7876_2025_D91BC3* **YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA** **CC: 1032385709**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7876_2025_D91BC3* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7991231689**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		12					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/18		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1931890610	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 227.800	$ 1.800	$ 229.600
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 1.800**	**$ 229.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 178.000	$ 1.400	$ 0	$ 179.400
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 179.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 300	$ 0	$ 35.000
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 35.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1032385709	ESPEJO MONTOYA YONATHAN ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	103238570	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 444.000

Planilla Pagada

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 5702 2025 CRP-17341.pdf	1 PS 5702 2025 CRP-17341.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 5702 2025 CRP-23029.pdf	2 PS 5702 2025 CRP-23029.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5702 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5702 2025 16-07-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 5702 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado)	PS 5702 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5702 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA

C.C. 1032385709

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 8 de junio de 2025

Ofelia Guevara Gómez
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

7886356538YE