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: (31-01-2026)					
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:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

YONATHAN ANDRES ESPEJO MONTOYA
PS_7876_2025_09D0BE

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:	$ 10.564.692	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.521.564
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
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	REALICÉ 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 27 MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y 10 CORRECTIVOS)
2	GESTIONÉ 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 CORRESPONDIENTE
3	REALICÉ 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	REALICÉ 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7999530960	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/02	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/02	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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_09D0BE* **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_09D0BE* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**