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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ**			**CC:**	**1016075997**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VEGACRISTIAN7657 @GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103168508**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 22 K 121 34 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**092285683**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7825 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 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ
PS_7825_2025_556801

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ
CC: 1016075997
CEL: 3103168508

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			
CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ			
	CON C.C N°	**1.016.075.997**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECN?LOGO EN MEC?NICA AUTOMOTRIZ 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 7825 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.521.564	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.086.256	**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	EFECTUÉ LA ELABORACIÓN, SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA GARANTIZAR LAS CONDICIONES DE MOVILIDAD POR PARTE DE LA SISSCO DURANTE LOS 28 DÍAS, LLEVANDO LA HOJA DE VIDA DEL VEHÍCULO, ASÍ COMO LOS GENERADOS POR LOS CONDUCTORES (LICENCIAS DE CONDUCCIÓN, COMPARENDOS, CAPACITACIONES REQUERIDAS, ENTRE OTROS).
2	DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS REQUERIDAS EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO: PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA, EN COORDINACIÓN CON EL LÍDER DEL PROGRAMA DURASNTE LOS 28 DÍAS, TENIENDO EN CUENTA LA OPERATIVIDAD Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL CONVENIO; REVISIÓN CONTINUA DEL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE LOS MÓVILES, INCLUYENDO SOLUCIÓN DE NOVEDADES PEQUEÑAS EN EL MARCO DE SU COMPETENCIA TÉCNICA; INTEGRACIÓN CON EL ÁREA DE TRANSPORTES Y DEMÁS ÁREAS DE LA SUBRED RELACIONADAS CON LA OPERATIVIDAD DE LAS AMBULANCIAS, GENERANDO LAS ACCIONES NECESARIAS EN COORDINACIÓN CON EL LÍDER DEL PROGRAMA
3	REALICÉ SEGUIMIENTO PERMANENTE A LAS EXISTENCIAS DE INVENTARIO DE LAS UNIDADES MÓVILES GENERANDO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA MANTENER LA COMPLETITUD DURANTE LOS 28 DÍAS, EN CASOS DE PERDIDAS, REALIZAR LOS RESPECTIVOS INFORMES Y ACCIONES ENCAMINADAS A LA SUBSANACIÓN DE LA NOVEDAD Y RESPUESTA DEL RESPONSABLE
4	REALICÉ LA ARTICULACIÓN DEL PROGRAMA DE APH CON EL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL DE LA SISSCO DURANTE LOS 28 DÍAS, EN APOYO CON LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y DEMÁS RELACIONADOS
5	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES AL 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
6	ASISTÍ A REUNIONES Y CITACIONES DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y GENERACIÓN DE LAS CAPACITACIONES ENCAMINADAS PARA FORTALECER LAS HABILIDADES DE LOS CONTRATISTAS DEL PROGRAMA DE APH DURANTE LOS 28 DÍAS. ASÍ MISMO, COMO LAS CITACIONES REALIZADAS POR PARTE DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1079553046	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ* *PS_7825_2025_556801* **CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ** **CC: 1016075997**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7825_2025_556801* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-11, 04:15:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079553046

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823887643

PAGADO 10/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ		
Documento	CC1016075997	**Dirección**	CL 22K #121 - 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103168508
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1016075997	CRISTIAN MANUEL VEGA MARTINEZ	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Scanned with CamScanner

☐	PS 7825 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7825 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.