

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ		CC:	1000792191	
CORREO ELECTRÓNICO:	MILLER-3211@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3142040042	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1A N° 99 - 12 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24098600838

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7889 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.190.587
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/03/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ
PS_7889_2025_F97C7C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ

CC: 1000792191

CEL: 3142040042

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

JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ

CON C.C N°

1.000.792.191

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR EXTERNO 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 7889 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.190.587	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.846.584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.190.587
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	EFFECTUÉ ACTIVIDADES TÉCNICAS EN EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ENTREGANDO LAS CUALES SE RELACIONA: ENTREGA Y SEGUIMIENTO DE INSUMOS, MEDICAMENTOS, OXÍGENO ENTRE OTROS ENCAMINADO PARA MANTENER LA OPERATIVIDAD EN 15 TURNOS CON EFICIENCIA EN LOS APROVISIONAMIENTOS
2	GESTIONÉ LA LIBERACIÓN DE CAMILLAS MEDIANTE EL SEGUIMIENTO A LA RETENCIÓN Y LA CORRESPONDIENTE GESTIÓN NECESARIA TENDIENTE A LA LIBERACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LAS AMBULANCIAS DEL CONVENIO EN 15 TURNOS, ESTO INCLUYE LA GENERACIÓN DE LOS INFORMES REQUERIDOS COMO INSUMO DEL INFORME DE EJECUCIÓN MENSUAL
3	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. ASÍ MISMO, COMO LAS CITACIONES REALIZADAS POR PARTE DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS
4	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
5	GARANTICÉ EL CUMPLIMIENTO DE LA SECUENCIA CONCERTADA, MEDIANTE EL APOYO EN EL SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN LOS 15 TURNOS POR PARTE DE LAS TRIPULACIONES, QUE DERIVARON DIRECTAMENTE DE LOS INDICADORES DEL CONVENIO

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1079555944	OPERADOR:	SIMPLE
-------------------------	---------------	------------------	--------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/03/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/09	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/09	\$ 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 calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <p style="text-align: center;"><i>JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ</i> <i>PS_7889_2025_F97C7C</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ CC: 1000792191</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: center;"><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7889_2025_F97C7C</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-23, 07:12:42 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1079555944

Periodo Cotización:

febrero de 2026

Periodo Servicio:

febrero de 2026

Referencia pago

8823223966

PAGADA 09/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ		
Documento	CC1000792191	Dirección	CR 1A #99 - 12 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3142040042
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	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 1000792191	JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ	59	0																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$1,750,905	\$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$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



<input type="checkbox"/>	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle