

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
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:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ PS_7889_2025_E49DB7 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:	\$	28.608.930	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 3.190.587
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 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 14 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 14 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1081225788	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	\$ 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	 JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ PS_7889_2025_E49DB7 JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ CC: 1000792191		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7889_2025_E49DB7 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PAGADA 11/05/2026

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	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias 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	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, licen- cias, 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 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder
de lo SIMPLE!

Saldo de pagos y Saldo de entregas

Documento del contrato cargado

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	28.608.930,00 COP	-	-
Valor anticipado:	0,00 COP	0 %	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0 %	-
Valor facturado:	0,00 COP	0 %	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0 %	-
Valor pagado:	0,00 COP	0 %	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0 %	0 %
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0 %	0 %
Valor pendiente de ejecución:	28.608.930,00 COP	100 %	-
Valor pendiente de entrega:	28.608.930,00 COP	100 %	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 7889 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

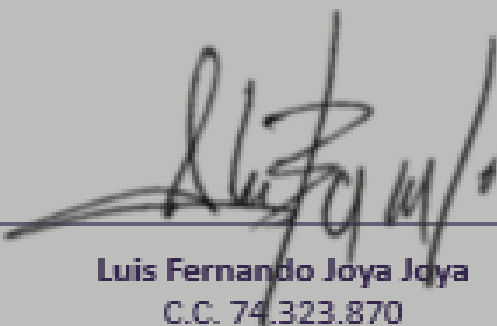
JHON MILLER ESCOBAR ORTIZ

C.C. 1000792191

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 27 de mayo de 2026



Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano