

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YAIRS JULIO MOLANO ARIAS			CC:	79732188
CORREO ELECTRÓNICO:	YAMOLANO@UAN.EDU.CO			TELÉFONO:	3006996700
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6A 17 0300 6996700			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	13122700041
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7904 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.856.200	
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				
 YAIRS JULIO MOLANO ARIAS PS_7904_2025_E8F844 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YAIRS JULIO MOLANO ARIAS CC: 79732188 CEL: 3006996700					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YAIRS JULIO MOLANO ARIAS

CON C.C N°79.732.188

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 7904 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$7.064.838	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$57.844.356	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$6.856.200
--	--------------	---	-------------

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	DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
2	REALICÉ LAS ACCIONES MÉDICAS QUE REQUIRIERON LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTÉ SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS, DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (REGISTROS DE ATENCIONES Y REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO FUERON REQUERIDAS. RESPONDÍ Y ASISTÍ A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE.
4	TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLIERAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
5	GARANTICÉ EL CORRECTO USO, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS MEDICAMENTOS, REALIZANDO LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA, CADA VEZ QUE LA MÓVIL QUEDÓ NO OPERATIVA O SE TERMINO EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA
6	PROPUCÉ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.
7	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE FUERON 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 DEL CONVENIO APH.

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° 82949422	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/13	\$ 358.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/13	\$ 458.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 816.300

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 ningún 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	 YAIRS JULIO MOLANO ARIAS PS_7904_2025_E8F844 YAIRS JULIO MOLANO ARIAS CC: 79732188
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7904_2025_E8F844 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79732188	YAIRS JULIO MOLANO ARIAS		Calle 6 A Numero 17-07	30069967	yamolano@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82949422	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,864,000	\$873.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	358.000	0		0		0	0	0	0	358.000	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	458.300		0	0	0	0	0	0		458.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades										
				No. Autorización	Valor									

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.300	0	0	57.300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	358.000	358.000
Pensión	1	458.300	458.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	57.300	57.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	873.600	873.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79732188	YAIRS JULIO MOLANO ARIAS		Calle 6 A Numero 17-07	30069967	yamolano@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82949422	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,864,000	\$873.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	YPP	YPT	SAN	ISE	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA	SAVA			
1	CC 79732188	MOLANO ARIAS YAIRS JULIO			3	0		N																																	

Saldo de pagos y Saldo de entregas

Documento del contrato cargado

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	57.844.356,00 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:	57.844.356,00 COP	100 %	-
Valor pendiente de entrega:	57.844.356,00 COP	100 %	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 7904 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo



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

YAIRS JULIO MOLANO ARIAS

C.C. 79732188

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 6 de mayo de 2026

Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano

[5884835896YM](#)