

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                          |                        | Versión<br>3                     |              |  |                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                          |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                          |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JUAN PABLO PINZON SANTOS                                 |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                      | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 79760463                |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | jpinzonsantos@gmail.com                                  |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3154260525              |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                          |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV128 |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10G01-49        | 100                      |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                          |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 42822628545              |                                                          |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 6991                     |                                                          |                        | VIGENCIA                         |              | 2022                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1336              | FECHA                    | 2023-06-07 09:38:50.000                                  |                        | NÚMERO DE CRP                    | 26934        | FECHA                                                                               | 2023-06-09 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | CONDUCTOR AMBULANCIA     |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                    |                        | FECHA INICIAL                    |              | HASTA                                                                               | FECHA FINAL             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                          |                        | 2023-05-01                       |              |                                                                                     | 2023-05-31              |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                          |                        | \$1,878,552                      |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial              |                                                          | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |              | N/A                                                                                 |                         |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                          |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |                         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                          |                        |                                  | \$37,256,544 |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                          |                        |                                  | \$25,844,832 |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                          |                        |                                  | \$1,878,552  |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                          |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                          |                        |                                  | \$11,411,712 |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                          |                        |                                  | 69%          |                                                                                     |                         |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                                                          | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL   | TOTAL APORTES                                                                       |                         |
| 4493925521                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                                                          | \$145,364              | 3                                | \$22,132     | \$281,062                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ<br>52837358<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES                                                                                                             | PRODUCTOS                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Prestar servicios como conductor de ambulancias.                                                                                                                                                                                    | Actividades propias de su operación                                                                                     | Cuidar la movilización tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo, reportar novedades                                                                                         |
| 2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas con el mantenimiento del vehículo.                                                                                                                                               | Realizar los aportes o seguimiento necesario para la Realización de mantenimiento preventivo y correctivo               | Generar reporte de móvil preoperacional o en el momento que se presente la novedad ( cooperar con el administrativo de la Unidad funcional)                                           |
| 3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de facturación, informes de actividades y hacer entrega de los mismos según las orientaciones del supervisor.                                                                      | Diligenciamiento de control de móvil semanal y mensual                                                                  | Entregar formatos de control de móvil semanal y mensual a la oficina de acuerdo a formato establecido                                                                                 |
| 4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como combustible, oxígeno, extintor de incendios entre otros.                                                                                                                     | Diligenciamiento de control de la móvil, entregas de turno, seguimiento a SOAT, control de gases                        | Móvil con inventario completo en relación a lo que tiene que ver con el conductor                                                                                                     |
| 5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxiliares y médicos para el manejo de pacientes y la adecuada prestación de los servicios de salud.                                                                              | Trabajo en equipo                                                                                                       | Actitud de trabajo en equipo ( actas en caso de dificultades que se presenten)                                                                                                        |
| 6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los vehículos y velar por el cumplimiento de las mismas por parte de los tripulantes.                                                                                              | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | Reportes en la matriz de seguridad vial ( seguimiento a comparendos, fallas de tránsito)                                                                                              |
| 7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.                                                                                                                                                               | Notificar dificultades en el desarrollo de las actividades                                                              | Actas, novedades en caso de ser requerido                                                                                                                                             |
| 8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                     | Velar por la completitud, por el cuidado, por el buen uso de elementos entregados para el desarrollo de las actividades | Control de insumos generados por el apoyo administrativo, Auditorias de Habilitación a la móvil , novedades reportadas por el taller en relación al uso de la móvil                   |
| 9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                              | Asistir a capacitaciones, lectura de documentos definidos para aportar a el cumplimiento de las actividades             | Actas de asistencia y demas soportes que se requieran para soportar lo definido                                                                                                       |
| 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                      | Adherencia a los procedimientos del proceso, protocolos, programas, guías, manuales, políticas Institucionales          | Reportes de seguridad, reporte de novedades, evaluaciones de adherencia a procesos de manera aleatoria, apoyar la gestión en cuanto a la operación de las móviles                     |
| 11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                           | Diligenciamiento de registros como control de vehiculos, entrega de turno, registros solicitados entre otros            | Registros definidos en cada caso ( verificación de entrega de turno ). Control de lavados de móvil , certificación por lider de móvi, segunda instancia por lider y apoyo del proceso |
| 12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                            | Realizar pago y entregar soportes a la oficina cada mes                                                                 | Soporte de pago                                                                                                                                                                       |
| 13). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes.                                                                                                                              | Demás actividades que le sean asignados de acuerdo a su perfil                                                          | Soportes de lo asignando                                                                                                                                                              |
| 14). Realizar los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, en los tiempos designados.                                           | Propias de las actividades del servidor Público                                                                         | Se levanta acta en caso de no cumplimiento                                                                                                                                            |
| 15). Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.                                                                              | Propias de las actividades del servidor Público                                                                         | Se levanta acta en caso de no cumplimiento                                                                                                                                            |
| 28). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.                                                                                      | Propias de las actividades del servidor Público                                                                         | Se levanta acta en caso de no cumplimiento                                                                                                                                            |
| 38) Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Medicalizadas de la Subred de Servicios de Salud Suroccidente. | Adherirse al proceso de acreditación                                                                                    | Documentos que evidencien la gestión del Desarrollo del plan de mejoramiento                                                                                                          |

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ  
52837358  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

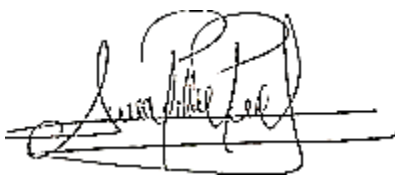
**SUR OCCIDENTE E.S.ENIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JUAN PABLO PINZON SANTOS**

**C.C 79.760.463 DE BOGOTA**

La suma de \$ 1.878.552 (Un millón ochocientos setenta y ocho mil quinientos cincuenta y dos pesos m/cte.) por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/ o asistencial en el área de ATENCION PREHOSPITALARIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como CONDUCTOR, durante el periodo de 01 al 31 de mayo de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 6991 - 2022.



---

**JUAN PABLO PINZON SANTOS**

**C.C 79.760.463 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 42822628545**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                         |                           |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA    | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79760463                                          | NÚMERO PLANILLA:               | 4493925521     | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO:             | JUAN PABLO PINZON SANTOS                          | PERIODO COTIZACIÓN OTROS:      | MES            | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES              |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | CRA 98 NO 16H 56        | TELÉFONO:                 | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                         | DÍAS DE MORA:                  | abril AÑO 2023 |                           | abril AÑO 2023   |
| DIRECCIÓN:                                                                | 02-INDEPENDIENTE        | CLASE APORTANTE:          | 2000000                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 0              | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9994263667       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | PRIVADA                 | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | I-INDEPENDIENTE                                   |                                | 2023/05/09     |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | UNICO                   |                           | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |                                |                |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |                         |                           |                                                   |                                |                |                           |                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                         |                           | NO                                                |                                |                |                           |                  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 185.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 185.600 | \$ 185.600   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 185.600 | \$ 185.600   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |      |           |              |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008                | EPS008-COMPENSAR | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 145.000  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 145.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 145.000   |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 145.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 145.000   |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                          |                |                   |                |                 |            |      |            |           |                     |                           |               |                 |            |      |            |             |               |                  |            |      |                   |               |      |       |               |               |               |               |               |      |  |  |
|-------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------|------------|-----------|---------------------|---------------------------|---------------|-----------------|------------|------|------------|-------------|---------------|------------------|------------|------|-------------------|---------------|------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------|--|--|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                          |                |                   |                |                 |            |      |            | NOVEDADES |                     |                           |               |                 |            |      |            |             |               | SEGURIDAD SOCIAL |            |      |                   |               |      |       |               |               |               | PARAFISCALES  |               |      |  |  |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                  | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COTIZACIÓN | IBIC | COTIZACIÓN | FSP       | APORTES VOLUNTARIOS | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APOORTE | ADMIN           | COTIZACIÓN | IBIC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APOORTE | ADMIN            | COTIZACIÓN | IBIC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APOORTE | IBIC | ADMIN | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE |      |  |  |
|                               |                |                          |                |                   |                |                 |            |      |            |           |                     |                           |               |                 |            |      |            |             |               |                  |            |      |                   |               |      |       |               |               |               |               |               |      |  |  |
| 1                             | CC 79760463    | PINZON SANTOS JUAN PABLO | INDEPENDIENTE  |                   | \$ 1.160.000   |                 |            |      | \$ 185.600 | \$ 0      | \$ 0                | Normal                    | \$ 185.600    | 230301-PORVENIR |            |      |            | \$ 145.000  | \$ 145.000    |                  |            |      |                   | \$ 0          | \$ 0 | \$ 0  | \$ 0          | \$ 0          | \$ 0          | \$ 0          | \$ 0          | \$ 0 |  |  |

TOTAL \$ 330.600