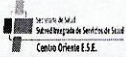


|    |   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO - GESTION DE CONTRATACION<br>FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO<br>DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION |  | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSION: 2<br>FECHA: 2025-06-09 |  |
|---|---|--|--|---|--|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  |   |  |  |   |  |
| <b>JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN</b>  |   |  |  |   |  |
| CON C.C N°  |   |  | <b>79.670.786</b>  |   |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH" |   |  |  |   |  |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.</b>  |   | <b>PS 5790 2025</b>  |  | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b>                            |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>   |   | <b>\$ 3.384.539</b>  |  | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b>                             |  |
|   |   |  |  | <b>250</b>  |  |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>   |   | <b>\$ 4.633.890</b>  |  | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>        |  |
|   |   |  |  | <b>\$ 2.326.250</b>                                     |  |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>  |   | <b>2 MES 13 DIAS</b>   |  |   |  |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>   |   |  | <b>3BL HOSPITAL SAN BLAS</b>   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>   |   |  | <b>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</b> |   |  |
| <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                  |   |  |  |   |  |
| ITEM  |   |  |  |   |  |
| 1   | Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.   |  |  |   |  |
| 2   | Realice la prestación del servicio como apoyo administrativo logístico (conductor) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.  |  |  |   |  |
| 3   | Realice los desplazamientos derivados devaluaciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.  |  |  |   |  |
| 4   | Garantice el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.   |  |  |   |  |
| 5   | Dí cumplimiento del procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales garantizando la operatividad de la unidad móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidad móvil asignada del Programa de Atención Prehospitalaria, así mismo, se realizó el porte de los elementos de identificación institucional. |  |  |   |  |
| 6   | Garantice el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.  |  |  |   |  |
| 7   | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.   |  |  |   |  |
| 8   | Garantice oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria.  |  |  |   |  |
| 9   | Reporte de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa   |  |  |   |  |
| 10  | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.  |  |  |   |  |
| 11  | Garantice trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.   |  |  |   |  |
| 12  | Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.   |  |  |   |  |
| 13  | Atendí oportunamente las indicaciones del líder de la tripulación en el desarrollo de la prestación del servicio de los incidentes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.  |  |  |   |  |
| 14  | Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.  |  |  |   |  |
| 15  | Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.   |  |  |   |  |
| 16  | Realice revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias  |  |  |   |  |
| 17  | Garantice la asistencia 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.  |  |  |   |  |

|    |   |
|----|---|
| 18 | Realice el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehiculo de emergencia asignado.   |
| 19 | Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehiculo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.   |
| 20 | Garantice la participación en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E.   |
| 21 | Cumpli del tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

*SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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   | X  |    |
| 4    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal   | 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 **01/08/2025 AL 31/08/2025**

**IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| No. DE PLANILLA:    | 1074210207  | OPERADOR:     | SIMPLE            |
|---------------------|-------------|---------------|-------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
| SALUD:              | SALUD TOTAL | 15/08/2025    | \$ 178.000        |
| PENSIÓN:            | PORVENIR    | 15/08/2025    | \$ 227.800        |
| RIESGOS LABORALES:  |             |               |                   |
| OTRO                | COMPENSAR   | 15/08/2025    | \$ 28.500         |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |             |               | <b>\$ 434.300</b> |

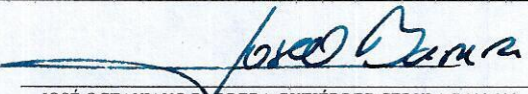
**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ivo 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 afiliación 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.

**VI. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

|   |   |
|---|---|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>   | <br><b>JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN</b><br>CC No 79670786  |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>  | <br><b>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893</b><br>DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b> | <br><b>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911</b><br>LIDER PROGRAMA APH   |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTIÓN 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: 31/08/2025 ✓

|                      |                           |           |            |
|----------------------|---------------------------|-----------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN | CC:       | 79.670.786 |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | jhanrueda73@hotmail.com   | TELÉFONO: | 3005285849 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 35 A 1 D 33 SUR        | CIUDAD:   | BOGOTA     |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones  (X)  
SI tomaré costos y deducciones  ( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación. SI ( ) NO (X)

|                          |            |                 |         |            |                 |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|-----------------|
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 057000487385301 |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|-----------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                            |  |                |
|--------------------------|----------------------------|--|----------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 5790 2025 ✓             | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.326.250 ✓ |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 18/06/2025 ✓               | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 31/08/2025 ✓   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓ |  |                |

*Jhan Rueda*

JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN  
CEDULA: 79670786  
CELULAR: 3005285849





Bogotá, 15 de agosto de 2025

Apreciado usuario,

Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

**Información de la empresa:**

Razón Social: JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN

Documento de Identidad: CC 79670786

Usuario: JHAN RUEDA

Teléfono: 3005285849

Número de Planilla: 1074210207

Fecha de Recepción: 15 de agosto de 2025

Periodo de Cotización: 2025-07

**Información relacionada a Pensiones**

Administradora: 230301 - PORVENIR

Número de empleados: 1

Valor: \$227.800

**Información relacionada a Salud**

Administradora: EPS002 - SALUD TOTAL EPS

Número de empleados: 1

Valor: \$178.000

**Información relacionada a Cajas de Compensación Familiar**

Administradora: CCF24 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Número de empleados: 1

Valor: \$28.500

Total Pagado: \$434.300

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE  
SIMPLE S.A.

¡Más que fácil, SIMPLE! ®

FonoSIMPLE: Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 -  
Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971 Chat  
[www.pagosimple.com/portal/chat](http://www.pagosimple.com/portal/chat); de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm. O  
déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en [www.pagosimple.com/portal/contactenos](http://www.pagosimple.com/portal/contactenos).