

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                  | JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN    |                                                  |         | CC:          | 79670786     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                   | JHANRUEDA73@HOTMAIL.COM      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3005285849   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                  | CL 35A 1D 33 SUR             |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                              | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 004870385301 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                      | PS 5790 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.223.895 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                              | 2025/06/17                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                              | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN<br/>PS_5790_2025_07116B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN<br/>CC: 79670786<br/>CEL: 3005285849</div> |                              |                                                  |         |              |              |

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

JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN

CON C.C N°

79.670.786

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., EN MARCO DEL CONVENIO 7120405-2024 APH . |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5790 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/06/17 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |     |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.384.539 | No. HORAS EJECUTADAS | 239 |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|

|                                              |              |                                           |              |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 9.472.490 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.223.895 |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRES (3) MESES |
|-----------------------------------------|----------------|

|                                               |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS |
|-----------------------------------------------|-------------------|

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ |
|------------------------|----------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. ADOPTÉ LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, INSTRUCTIVOS, FORMATOS, PROTOCOLOS APLICABLES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
2. GARANTICE TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
3. ATENDÍ LAS DISPOSICIONES RESPECTIVAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.
4. APLIQUÉ LAS POLÍTICAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
5. GARANTICÉ LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE TURNO DE MANERA PRESENCIAL, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES 9 REGISTROS EN PREOPERACIONALES REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
6. GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LO CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD
7. REALICÉ EL INFORME Y REGISTRO OPORTUNO DE LOS DATOS CRÍTICOS EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL.
8. NO SE PRESENTARON SUCESOS DE SEGURIDAD EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES QUE REQUIRIERAN REPORTE.
9. GARANTICÉ LA PARTICIPACIÓN DE LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN.
10. GARANTICE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD.
11. REALICÉ LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO COMO 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.
12. GARANTICÉ EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA SEGÚN CRITERIOS NORMATIVIDAD VIGENTE, ADEMÁS DE ESTABLECER ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y DE MEJORA A LA ADHERENCIA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA (14 REGISTROS DE ATENCIONES REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
13. BRINDÉ RESPUESTA OPORTUNA AL DIRECCIONAMIENTO DE EVENTOS Y ATENCIÓN DADO POR LA DIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EMERGENCIAS (DUES). GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DURANTE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, CUMPLIENDO CON LOS PROCEDIMIENTOS GUÍAS Y PROTOCOLOS DE LA CENTRO ORIENTE PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.
14. PRESENTE CUMPLIMIENTO GARANTICE EL USO CORRECTO DE LOS ELEMENTOS TECNOLÓGICOS (CELULAR INSTITUCIONAL, TABLET.) ASIGNADOS AL VEHÍCULO DE EMERGENCIA ASIGNADO POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, GARANTIZANDO EL USO PERMANENTE DE DICHOS DISPOSITIVOS PARA MANTENER UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y OPORTUNA CON LA LÍDER DE LA UNIDAD FUNCIONAL O CON QUIEN ELLA DESIGNE.
15. GARANTICÉ EL USO CORRECTO DE LOS ELEMENTOS TECNOLÓGICOS (CELULAR INSTITUCIONAL, TABLET.) ASIGNADOS AL VEHÍCULO DE EMERGENCIA ASIGNADO POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, GARANTIZANDO EL USO PERMANENTE DE DICHOS DISPOSITIVOS PARA MANTENER UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y OPORTUNA CON LA LÍDER DE LA UNIDAD FUNCIONAL O CON QUIEN ELLA DESIGNE.
16. REALICÉ EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DEL ALISTAMIENTO DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIAS PREVIO A VERIFICACIÓN POR EL CRUE (9 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y 0 REGISTROS

DE CONTROL DE TEMPERATURA)

17. GARANTICÉ 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.

18. REALICE LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL VEHÍCULO DE EMERGENCIA ASIGNADO, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (9 REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX)

19. GARANTICÉ LA ENTREGA Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS AL ÁREA RESPECTIVA CUANDO LOS VEHÍCULOS SON DIRECCIONADOS AL TALLER Y/O ASEGURADORA, MEDIANTE ENTREGA A GESTOR EXTERNO DE LA UNIDAD FUNCIONAL

20. CUMPLÍ EL TRÁMITE MENSUALMENTE DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E LOS FORMATOS DE INFORME Y 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 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 <b>clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u></b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° 1075583739                                                                                                                                                                                                                                  | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                        | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SALUD TOTAL                                                                                                                                                                                                                                    | 2025/10/10    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PORVENIR                                                                                                                                                                                                                                       | 2025/10/10    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                                                                                           | 2025/10/10    | \$ 0         |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                |               | \$ 405.800   |
| 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 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                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN<br/>PS_5790_2025_07116B</div><div>JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN</div><div>CC: 79670786</div></div>                            |               |              |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ<br/>PS_5790_2025_07116B</div><div>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>      |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ<br/>PS_5790_2025_07116B</div><div>JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |               |              |



|                        |                         |                    |        |                  |            |
|------------------------|-------------------------|--------------------|--------|------------------|------------|
| Fecha creación reporte | 2025-10-10, 01:10:01 PM | Tipo Planilla      | I      | Número Planilla  | 1075583739 |
|                        |                         | Periodo Cotización | 202509 | Periodo Servicio | 202509     |
| Cliente:               |                         |                    |        |                  |            |

**PAGADA 2025-10-10**

## I. DATOS DEL APORTANTE

## II. DATOS DEL AFILIADO

### III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

#### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| PORVENIR              | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | SALUD TOTAL EPS     | NINGUNA ARP           | COMPENSAR CCF       | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 227.800            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 178.000          | \$ 0                  | \$ 28.500           | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              | \$ 434.300  |