

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION 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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ			CC:	1073707398
CORREO ELECTRÓNICO:	juliandiaz.jadj8@gmail.com			TELÉFONO:	3103782176
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8 24A 06			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	456800245361
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6391 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.233.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ PS_6391_2025_5408D1 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ CC: 1073707398 CEL: 3103782176					

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

JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ

CON C.C N°

1.073.707.398

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 6391 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/19
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.230.696	No. HORAS EJECUTADAS	240
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.230.696	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.233.200
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS
---	------------------------------

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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	Presté servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad. oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Realicé los 35 desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.
3	Mantuvé la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.
4	Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional.
5	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
6	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
7	Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria.
8	Reporté los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
9	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
10	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
11	Atendi las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades
12	Atendi las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.
13	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
14	Asistí a la capacitación brindada el 15 de octubre del 2025 sobre Funciones de veeduría
15	Revicé de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyé al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas.
16	Respondi y asisti a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Saiud CRUE.
17	Realicé el registro 10 preoperacionales adecuados y oportunos junto con el reporte al tecnólogo automotriz Miguel Angel Sotelo encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo.
18	Estuvé presente en el momento de 20 entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.

19	Efectué el diligenciarniento de 20 preoperacionales del vehiculo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta,documentación y accesorios de seguridad vial.
20	Participé en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
21	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405-2024 "APH" 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.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº 0	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/01	\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/01	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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	 JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ PS_6391_2025_5408D1 JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ CC: 1073707398
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_6391_2025_5408D1 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

PS_6391_2025_5408D1

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO



BOGOTA, Octubre 21 de 2025

Señor:

DIAZ JIMENEZ JULIAN ANDRES

CC. 1073707398CR 8 24 A 06 - 7815156

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 4 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
DIAZ JIMENEZ JULIAN ANDRES	1073707398	C	Ago-4-2017	53	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
AMBU SANAR S A S	1073707398	Dependiente	CERRADO
ANUBIS LTDA	1073707398	Dependiente	CERRADO
JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ	1073707398	Independiente	CERRADO
JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ	1073707398	Independiente	VIGENTE
JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ	1073707398	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
LAVASET SAS	1073707398	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES Y MONTAJES EN VIDRIO SAS	1073707398	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL ECOCAPITAL	1073707398	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.707.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

ARL Sura

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

ARL Sura

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1073707398

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

Julian

Andres

Diaz

Jimenez

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

20/07/1996

Soacha

Cra 8 #24A 06

Fecha de .Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

Salud Total EPS

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 2.233.200

Honorarios

Conductor de ambulancia

Perfil/ Profesión

juliandiaz.jadj8@gmail.com

Correo Electrónico

3103782176

Celular

JULIAN ANDRES DIAZ J

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

07/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULIAN JIMENEZ DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073707398**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550456800245361
Fecha de apertura	05/10/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA