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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO**			**CC:**	**79602203**
CORREO ELECTRÓNICO:	**fg56019@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3118810082**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36H SUR 6 20 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488422285673**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5270 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.682.390**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/29**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO
PS_5270_2025_496FD5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO
CC: 79602203
CEL: 3118810082

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO			
	CON C.C N°	**79.602.203**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5270 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/29**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.510.624	**No. HORAS EJECUTADAS**	**185**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.132.756	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.682.390
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Dí al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia.
2	Conservé y mantuve en perfecta condición, estado de presentación y seguridad la móvil asignada.
3	Revisé y cumplí los protocolos y procedimientos establecidos por la SISSCO inherentes al objeto del contrato.
4	Tuve en cuenta todos los aspectos tecnico-mecanicos del vehículo y hice buen uso de este, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la ciudadanía
5	Informé y solicite la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tengo bajo mi responsabilidad.
6	Asistí y actualicé todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE).
7	Reporté al colaborador encargado de las actividades del subproceso de traslados, dentro del proceso de referencia y traslados asistenciales, todas las novedades relacionadas con incidentes y traslados de pacientes.
8	Cumplí con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo
9	Utilicé responsablemente las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo con las necesidades específicas de cada traslado.
10	Cumplí con la programación de agendada para el desarrollo de las actividades de los servicios
11	En caso de presentarse novedades, informo con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.
12	Desarrollé las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual
13	En caso de sufrir un accidente de tránsito comunico inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO.
14	Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte eventos adversos e incidentes datos que servirán para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
15	Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y me comuniqué con el proceso de referencia y traslados asistenciales
16	Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, y mantuve el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
17	En caso de que la móvil sufra algún tipo de daño solicite autorización al líder de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la entidad
18	Cumplí con la respectiva afiliación a la ARL en relación con el riego inherente de las obligaciones contractuales, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
19	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico - cientificos que se programaron desde la entidad
20	Realicé el diligenciamiento del formato preoperacional diariamente del vehículo designado y me adherí a la reglamentación vigente en seguridad vial
21	Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a mi actividad y desempeño
22	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.
23	Recibí y entregué las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo con lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad
24	Cumplí con las demás actividades afines al cargo que fueron delegadas por el supervisor del 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493337292	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 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 ningun 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	*LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO* *PS_5270_2025_496FD5* **LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO** **CC: 79602203**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79602203		GUZMAN CAMACHO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 36 H SUR # 6-20 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2060377	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922907759	9493337292	I	2025/11/05	2025/11/12	NEQUI	7	$407,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 79602203	GUZMAN LUIS	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

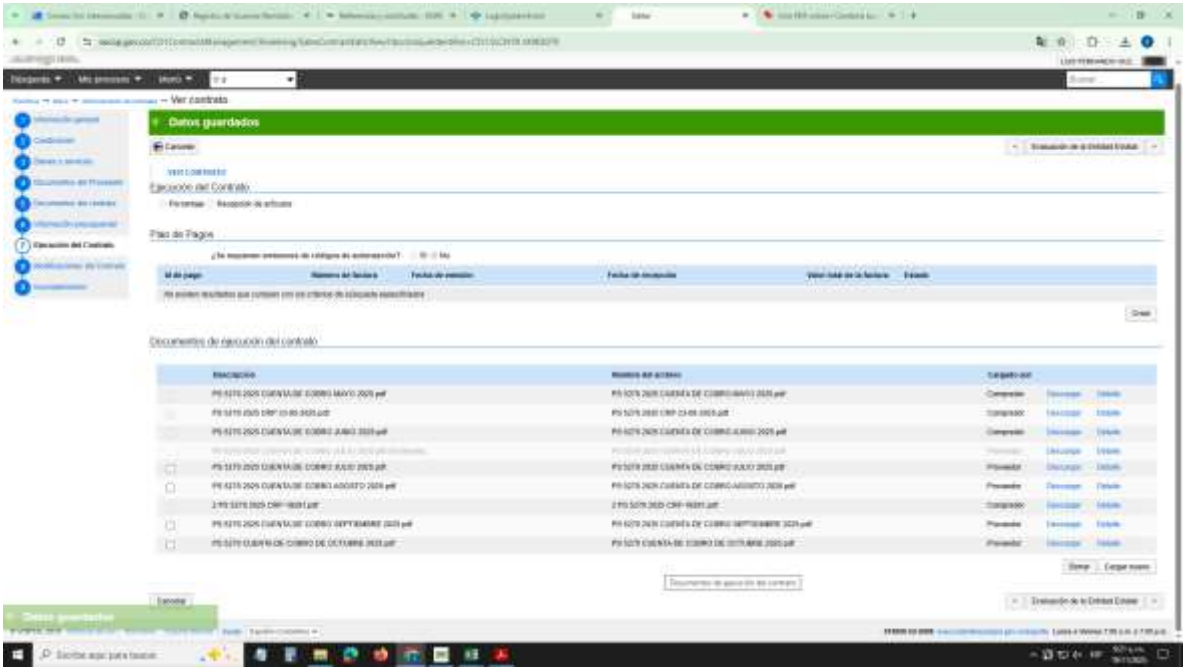
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79602203		GUZMAN CAMACHO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 36 H SUR # 6-20 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2060377	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922907759	9493337292	I	2025/11/05	2025/11/12	NEQUI	7	$407,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$800	$0	$178,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$800	$0	$178,800
TOTAL				1	$405,800	$1,900	$0	$407,700


Datos guardados
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato