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:	**JAIRO ADELMO AYALA MURCIA**			**CC:**	**79467233**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JADEYAMU68@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3013477356**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78I N° 58 - 27 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488422388931**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7878 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.353.941**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/02 AL 2025/11/30**				

JAIRO ADELMO AYALA MURCIA
PS_7878_2025_593F3C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAIRO ADELMO AYALA MURCIA
CC: 79467233
CEL: 3013477356

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			
JAIRO ADELMO AYALA MURCIA			
	CON C.C N°	**79.467.233**	
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. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7878 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.402.376	**No. HORAS EJECUTADAS**	**243**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.402.376	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.353.941
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN 20 TURNOS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. REALIZANDO LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS 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 LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES, AL PROFESIONAL DE ENLACE ASIGNADO, CUMPLIENDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
2	PRESTÉ SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO LOGÍSTICO (CONDUCTOR) EN 27 PREOPERACIONALES PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE POR LOS DIFERENTES ESTAMENTOS NACIONALES INCLUYENDO EL CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO, EL PLAN DE SEGURIDAD VIAL DE LA SISSCO Y ESTÁNDARES DE CALIDAD, REALIZANDO LOS DESPLAZAMIENTOS DERIVADOS DE VALORACIONES Y/O TRASLADOS ESTABLECIDOS POR EL MÉDICO REGULADOR DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE Y ATENDIENDO LAS INDICACIONES DEL LÍDER DE LA TRIPULACIÓN (MÉDICO EN LAS UNIDADES MÓVILES DE MEDIANA COMPLEJIDAD (TAM) Y AUXILIAR O TECNÓLOGO EN LAS DE BAJA COMPLEJIDAD - TAB).
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES DEL DÍA 28 DE NOVIEMBRE SOBRE VELOCIDAD SEGURA, PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO SEAN REQUERIDOS, IGUALMENTE RESPONDER Y ASISTIR A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE
4	GARANTICÉ EL CORRECTO USO, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS ELEMENTOS INHERENTES AL VEHÍCULO, REALIZANDO LA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO Y LIMPIEZA DE LA MÓVIL, ENTREGA SEGURA DEL VEHÍCULO EN CASO DE SINIESTROS, ENTRADAS A TALLER O TERMINACIÓN DEL TURNO EN FORMA ANTICIPADA.
5	LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE 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 (2025-11-02) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076409549	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/18	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	$ 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	*JAIRO ADELMO AYALA MURCIA* *PS_7878_2025_593F3C* **JAIRO ADELMO AYALA MURCIA** **CC: 79467233**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7878_2025_593F3C* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 10:16:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076409549

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8836940400

PAGADO 18/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIRO ADELMO AYALA MURCIA		
Documento	CC79467233	**Dirección**	CR 78J #58 - 27 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3013477356
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79467233	JAIRO ADELMO AYALA MURCIA	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 1.900	$ 407.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 025.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 5.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 5.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 25.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ACION SUPERVISOR PS 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5766 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 5.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 2025.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO 3RE 2025.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	024 CUENTA DE COBRO : 2025.pdf.pdf	PS 5766 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

JAIRO ADELMO AYALA MURCIA

C.C. 79467233

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 6 de junio de 2025

Ofelia Guevara Gómez
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

0939435855JA