

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ		CC:	79767605	
CORREO ELECTRÓNICO:	ARMANDOCPI1976@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212515533	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 20 A 20 19 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008670483356

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1995 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 109.128
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ARMANDO COLMENAREZ PEREZ  
PS\_1995\_2025\_9D52B7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ARMANDO COLMENAREZ PEREZ

CC: 79767605

CEL: 3212515533

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

**ARMANDO COLMENAREZ PEREZ**

**CON C.C N°**

**79.767.605**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1995 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/02</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.821.520	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>12</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 24.289.941	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 109.128
---	---------------	--	------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** ONCE (11) MESES

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

**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  | Informé y solicite la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tengo bajo mi responsabilidad.  |
| 2  | Utilicé responsablemente las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo con las necesidades específicas de cada traslado.  |
| 3  | Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y me comuniqué con el proceso de referencia y traslados asistenciales   |
| 4  | 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.  |
| 5  | Cumplí con la respectiva afiliación a la ARL en relación con el riesgo inherente de las obligaciones contractuales, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato   |
| 6  | 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   |
| 7  | Tuve en cuenta todos los aspectos tecnico-mecánicos 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 |
| 8  | 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.  |
| 9  | Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios   |
| 10 | En caso de presentarse novedades, informo con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.  |
| 11 | Desarrollé las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual  |
| 12 | En caso de sufrir un accidente de tránsito comunico inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO.   |
| 13 | En caso de sufrir accidente a algún peatón cumpla con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo.  |
| 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 | Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, y mantuve el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.  |
| 16 | En caso de que la móvil sufra algún tipo de daño solicite autorización al líder de transporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la entidad  |
| 17 | Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico - científicos que se programaron desde la entidad   |
| 18 | Realicé el diligenciamiento del formato preoperacional diariamente del vehículo designado y me adherí a la reglamentación vigente en seguridad vial   |
| 19 | Cumplí con las demás actividades afines al cargo que fueron delegadas por el supervisor del contrato  |
| 20 | Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a mi actividad y desempeño   |
| 21 | Asistí y actualicé todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE).   |
| 22 | Di al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia.  |
| 23 | Conservé y mantuve en perfecta condición, estado de presentación y seguridad la móvil asignada.   |
| 24 | Revisé y cumplí los protocolos y procedimientos establecidos por la SISSCO inherentes al objeto del contrato.   |
| 25 | 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  |

**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.***

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------	-----------------------------------	-----------	-----------

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 91084629	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/15	\$ 179.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/15	\$ 229.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/15	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 409.200



**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, pensión, 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>ARMANDO COLMENAREZ PEREZ</i> PS_1995_2025_9D52B7</p> <hr/> <p><b>ARMANDO COLMENAREZ PEREZ</b> <b>CC: 79767605</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> PS_1995_2025_9D52B7</p> <hr/> <p><b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79767605	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ		CALLE 68# 20-22 S	1234567	armandocp1976@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	15/12/2025	91084629	\$409.200	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

#### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	13	1.500	0	179.500	1

#### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	13	1.900	0	229.700	1

#### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

#### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

#### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	13	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	13	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.500
Pensión	1	227.800	229.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>405.800</b>	<b>409.200</b>

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79767605	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ		CALLE 68# 20-22 S	1234567	armandocp1976@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	15/12/2025	91084629	\$409.200	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																							
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	79767605	COLMENAREZ PEREZ ARMANDO	3	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

<input type="checkbox"/>	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1994 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1994 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1994 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1994 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 AJUSTE CUENTA ABRIL 2025.pdf	PS 1995 2025 AJUSTE CUENTA ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 1995 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1995 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CTA COBRO MARZO 2025-1.pdf	PS 1995 2025 CTA COBRO MARZO 2025-1.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	PS 1995 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf (Archivado)	PS 1995 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1995 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CUENTA DE COBREO ENERO 2025..pdf	PS 1995 2025 CUENTA DE COBREO ENERO 2025..pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf (Archivado)	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1995 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo