

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ		CC:	79403287	
CORREO ELECTRÓNICO:	GMTTA28@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3158031008	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 46 SUR 23 98 INT 4		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488456568226

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2040 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.527.792
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ
PS_2040_2025_3C3619

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ

CC: 79403287

CEL: 3158031008

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

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ

CON C.C N° 79.403.287

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.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2040 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.821.520	No. HORAS EJECUTADAS	168
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.634.910	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.527.792
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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 | 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-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 |
| 5 | 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 agenda 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 | 14 En caso de sufrir accidente a algún peatón cumpro con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente, |
| 15 | Reporte eventos adversos e incidentes datos que servirán para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento |
| 16 | Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y me comuniqué con el proceso de referencia y traslados asistenciales |
| 17 | Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, y mantuve el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo 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 |
| 18 | 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 |
| 19 | Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico - científicos 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497429777	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/22	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/22	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/22	\$ 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, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <i>JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ</i> <i>PS_2040_2025_3C3619</i> <hr/> JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ CC: 79403287
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> <i>PS_2040_2025_3C3619</i> <hr/> JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	97429777	9497429777	I	2026/01/22	2026/01/22	BANCO AV VILLAS	0	\$405,800

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 79403287	MATTA JOSE	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000		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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	97429777	9497429777	I	2026/01/22	2026/01/22	BANCO AV VILLAS	0	\$405,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800	