

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO ANDRES SOLER OLAYA		CC:	1000159429	
CORREO ELECTRÓNICO:	OLAYADIEGO032@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3115484341	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 88 # 54 C 83 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488421060614

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4264 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.746.048
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



DIEGO ANDRES SOLER OLAYA  
PS\_4264\_2025\_3BFF87

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIEGO ANDRES SOLER OLAYA

CC: 1000159429

CEL: 3115484341

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

**DIEGO ANDRÉS SOLER OLAYA**

**CON C.C N°**

**1.000.159.429**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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 4264 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/20</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 7.420.704	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>192</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 24.442.236	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.746.048
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>TRECE (13) MESES</b>
--	-------------------------

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

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

**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 mantuví en perfectas condiciones de presentación y seguridad de la ambulancia   |
| 3  | .Cumplí con protocolos y procedimientos establecidos en el objeto del contrato.   |
| 4  | .Mantuvé en cuenta todos los aspectos tecnico-mecánicos del vehículo y realice un buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas, 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 actualice todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias  |
| 7  | .Reporté a radio todas las novedades relacionadas con incidentes y traslados de pacientes.  |
| 8  | .Cumplí con las normas de tránsito  |
| 9  | .Utilicé las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo a las necesidad de cada traslado.  |
| 10 | .Cumplí con la programación de las actividades programadas  |
| 11 | .En caso de presentarse novedades, informé 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 comunicar inmediatamente a la aseguradora   |
| 14 | .En caso de sufrir accidente a algún peatón cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo.  |
| 15 | .Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte eventos adversos e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento.   |
| 16 | .Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con el proceso de referencia y traslados asistenciales   |
| 17 | .Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la disco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.  |
| 18 | .En caso que la móvil sufra algún tipo de daño solicitar autorización a la líder de transporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la entidad   |
| 19 | .Cumplí con la respectiva afiliación a la al en relación al riesgo inherente de las obligaciones contractuales, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato   |
| 20 | .Asistí y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-científicos que se programen desde la entidad   |
| 21 | .Realicé el diligenciamiento del formato preoperacional diariamente del vehículo asignado a la reglamentación vigente en seguridad vial   |
| 22 | .Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño  |
| 23 | .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.   |
| 24 | .Recibí y entrega las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales.   |
| 25 | .Realicé las actividades delegadas por e 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?

		<b>X</b>	
<b>3</b>	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
<b>4</b>	¿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?	<b>X</b>	
<b>5</b>	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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° 42040814	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/27	\$ 180.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/27	\$ 230.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/27	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 410.400</b>


**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 afiliación 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>	 <i>DIEGO ANDRES SOLER OLAYA</i> <i>PS_4264_2025_3BFF87</i> <hr/> <b>DIEGO ANDRES SOLER OLAYA</b> <b>CC: 1000159429</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> <i>PS_4264_2025_3BFF87</i> <hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000159429	DIEGO ANDRES SOLER OLAYA		CRRERA 88 54 83 SUR	3223515214	solerolayadiegoandres@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	1	27/01/2026	42040814	\$410.400	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	18	2.000	0	180.000	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	18	2.600	0	230.400	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	18	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	18	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	180.000
Pensión	1	227.800	230.400
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>410.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000159429	DIEGO ANDRES SOLER OLAYA		CRRERA 88 54 83 SUR	3223515214	solerolayadiegoandres@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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	1	27/01/2026	42040814	\$410.400	

**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	TPP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	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	1000159429	SOLER OLAYA DIEGO ANDRES		3	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



- 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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<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 4264 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 4264 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf (Archivado)	PS 4264 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 AJUSTE CUENTA ABRIL 2025.pdf	PS 4264 2025 AJUSTE CUENTA ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 4264 2025 CRP-9827.pdf	1 PS 4264 2025 CRP-9827.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 4264 2025 CRP-17043.pdf	2 PS 4264 2025 CRP-17043.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4264 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4264 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 (1).pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3 PS 4264 2025 CRP-19247.pdf	3 PS 4264 2025 CRP-19247.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4264 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

< Evaluación de la Entidad Estatal >