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: (28-02-2026)					
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 2895 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.176.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO
PS_2895_2026_1A7028

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 COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2895 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**96**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.114.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.176.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Recibi y entregue turno conforme a los protocolos vigentes de la entidad, notifique oportunamente al referente de referencia y por radio de comunicaciones las novedades ocurridas durante la prestación del servicio.
2	Cuidé responsablemente y mantuve el mantenimiento adecuado y conservación del vehículo asignado, asegurando su optima condición, presentación y seguridad para prestar un servicio eficiente a la ciudadanía.
3	Comunique oportunamente al supervisor del contrato las situaciones que pudieron impactar en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, con el fin de permitir la toma de decisiones adecuadas y garantizar la continuidad en la prestación del servicio.
4	Reporté inmediatamente cualquier accidente de tránsito o incidente con peatones a las autoridades y a la aseguradora, siguiendo los protocolos establecidos. Los cuales no se registraron durante el mes ningún accidente.
5	Cumplí con las normas de seguridad vial y utilicé responsablemente las señales de emergencia durante el traslado en ambulancia.
6	Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones programadas por la entidad.
7	NO Realicé al inicio del turno el diligenciamiento del formato preoperacional del vehículo asignado y cumplí con la normativa vigente en materia de seguridad vial. la entrega del formato debe efectuarse el primer día hábil de cada mes.
8	Garantice el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurándome de mantener una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones o la base. informé de manera oportuna y precisa cualquier novedad, incidente o situación relevante que ocurriera durante la prestación del servicio, tanto al inicio como al final de cada turno, así como durante el desarrollo de las actividades asignadas.
9	Realicé las demás actividades relacionadas con el cargo que sean asignadas 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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9498041749	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2026/02/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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_2895_2026_1A7028* **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* *PS_2895_2026_1A7028* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**