

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ		CC:	80252990	
CORREO ELECTRÓNICO:	CEDAVIGU@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3015209130	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 46 72P 64 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	175545102

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7840 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.244.746
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ
PS_7840_2025_CA593D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ

CC: 80252990

CEL: 3015209130

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ

CON C.C N° **80.252.990**

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 7840 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.402.376	No. HORAS EJECUTADAS	218
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.367.767	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.244.746
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE ESE 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. (REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX). |
| 2 | PRESTÉ SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO LOGÍSTICO (CONDUCTOR) 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 SISCO 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 - PESTAÑA). (DESPLAZAMIENTOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y ATENCIONES NO EFECTIVAS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX). |
| 3 | NO ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO FUERON REQUERIDOS, IGUALMENTE RESPONDÍ Y ASISTÍ A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, 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. (REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX). |
| 5 | REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE FUERON 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N° 6011298087	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/13	\$ 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	 <p><i>CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ</i> <i>PS_7840_2025_CA593D</i></p> <hr/> <p>CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ CC: 80252990</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7840_2025_CA593D</i></p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 80252990
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CESAR DAVID VILLAMIL GUTIERREZ
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CRA 99 NO 16H 56 TELÉFONO: 2000000
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **6011298087** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/13 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 213917260

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:				1	\$ 280.200

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8001309074	EPS002		EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:				1	\$ 218.900

VALOR SIN MORA:	\$ 499.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 499.100

- PS 7840 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf
- PS 7840 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf

Volver

- PS 7840 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf
- PS 7840 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf

Comprador [Descargar](#) [Detalle](#)

Comprador [Descargar](#) [Detalle](#)

Imprimir Modificar < >

Documento del contrato cargado