

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAMIDT INFANTE PEDRAZA			CC:	80054093
CORREO ELECTRÓNICO:	noselodigoaph@gmail.com			TELÉFONO:	3246869737
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 29 15 06			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550452900106009
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3685 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.420.510	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/07 AL 2026/04/30				
 JAMIDT INFANTE PEDRAZA PS_3685_2026_A2BE15 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAMIDT INFANTE PEDRAZA CC: 80054093 CEL: 3246869737					

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

JAMIDT INFANTE PEDRAZA

CON C.C N°

80.054.093

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO ASISTENCIAL COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO APH 8523636 2025
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3685 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/07
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.297.605	No. HORAS EJECUTADAS	130
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.297.605	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.420.510
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
---	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	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 SISSCO 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	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 (2026-04-07) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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	 JAMIDT INFANTE PEDRAZA PS_3685_2026_A2BE15 JAMIDT INFANTE PEDRAZA CC: 80054093
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3685_2026_A2BE15 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JAMIDT INFANTE PEDRAZA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80054093, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180208	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Abril de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32202049

CER-AFI



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

23/04/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAMIDT INFANTE PEDRAZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80054093**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550452900106009
Fecha de apertura	29/06/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA

1. NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

80054093

2. TIPO DE DOCUMENTO

3. Numero de Documento

JAMIDT

4. Primer Nombre

5. Segundo Nombre

INFANTE

6. Primer Apellido

PEDRAZA

7. Segundo Apellido

4-Apr-81

8. Fecha de .Nacimiento

BOGOTA

9. Ciudad de Residencia

cra17f 45 54sur

10. Dirección de Residencia

COMPENSAR

11. EPS - Salud

COLPENSIONES

12. AFP - Pensiones

CONDUCTOR

13. Perfil/ Profesión

selodigoaph@gmail.com

14. Correo Electrónico

324 686 9737

15. Celular

JAMIDT INFANTE PEDRAZA

16. Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
apoyocontratacion@subredcentroorientegov.co**

Diagonal 34 N° 5 - 37 PBX: 3282828 - ext 11011

1. Para el diligenciamiento del presente documento es importante que la información reportada sea legible y clara. El documento se debe diligenciar de forma digital siguiendo las indicaciones del instructivo en la hoja siguiente.
2. Para afiliaciones ARL RIESGO IV y V la entidad realizara el tramite de afiliación de la persona con el operador oficial de la institución, generando los aportes correspondientes conforme el centro de trabajo y riesgo.

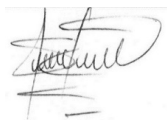
1	NOMBRE ARL*	Se debe relacionar el operador de ARL al cual el contratista desea afiliarse, preferiblemente (Sura, Seguros Bolívar, Positiva y Colmena).
2	TIPO DE DOCUMENTO*	Seleccionar de la lista desplegable la opción según corresponda al documento de identificación
3	Numero de Documento*	Registrar el numero de documento de identificación del contratista, SOLO usar registros alfanuméricos. Nota: No usar espacios (), comas (,), puntos (.) o guiones (-).
4	Primer Nombre*	Diligenciar primer nombre del contratista conforme al documento de identificación
5	Segundo Nombre*	Diligenciar segundo nombre del contratista conforme al documento de identificación
6	Primer Apellido*	Diligenciar primer apellido del contratista conforme al documento de identificación
7	Segundo Apellido*	Diligenciar segundo apellido del contratista conforme al documento de identificación
8	Fecha de nacimiento*	Registrar en el siguiente orden Día /Mes/ Año
9	Ciudad de Residencia*	Registrar ciudad donde reside el contratista
10	Dirección de Residencia*	registrar la dirección de domicilio del contratista lo mas detallado posible
11	EPS-Salud*	Registrar EPS al cual se encuentra afiliado el contratista
12	AFP - Pensiones*	Registrar fondo de pensiones al cual se encuentra afiliado el contratista Nota: Si el contratista es pensionado, registrar el nombre del fondo de pensiones -"pensionado"
13	Perfil/profesión*	Registrar el perfil o profesión del contratista
14	Correo electrónico*	Buzón electrónico del contratista (dominio activo)
15	Celular*	Diligenciar el numero de celular del contratista (numero activo)
16	Firma del afiliado	Firma legible
17	información obligatoria	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAMIDT INFANTE PEDRAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80054093**, se encuentra afiliado/a desde **28/05/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de abril de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA