

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HOLMAN YESID RESTREPO REYES		CC:	1030638307	
CORREO ELECTRÓNICO:	HOLMANRESTREPO10@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3246889616	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72M BIS 40 04		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488432835053

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3867 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.401.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/21	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



HOLMAN YESID RESTREPO REYES
PS_3867_2026_0C63CA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HOLMAN YESID RESTREPO REYES

CC: 1030638307

CEL: 3246889616

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

HOLMAN YESID RESTREPO REYES

CON C.C N°

1.030.638.307

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO ASISTENCIAL COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3867 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/21
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.038.000	No. HORAS EJECUTADAS	196
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.557.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.401.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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	.Realicé el recibido y la entrega de turno conforme a los protocolos vigentes de la entidad, notificando oportunamente al referente de referencia y por radio de comunicaciones cualquier novedad ocurrida durante la prestación del servicio
2	Fui responsable en los mantenimiento adecuados y conserve del vehículo asignado, asegurando su optima condición, presentación y seguridad para prestar un servicio eficiente a la ciudadanía
3	.Comuniqué oportunamente al supervisor del contrato sobre las situaciones que pueda impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, con el fin de permitir la toma de decisiones adecuadas y garantizando la continuidad en la prestación del servicio
4	.Reporté inmediatamente cualquier accidente de transito o incidente con peatones a las autoridades y a la aseguradora, siguiendo los protocolos establecidos
5	.Cumplí con las normas de seguridad vial y utilice responsablemente las señales de emergencia durante el traslado en ambulancia
6	.Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones programadas por la entidad
7	.Realicé al inicio del turno el diligenciamiento del formato preoperacional del vehículo asignado y cumplir con la normativa vigente en materia de seguridad vial, y la entrega del formato dentro del primer día hábil de cada mes.
8	.Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurando de mantener una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones o la base. informe de manera oportuna y precisa cualquier novedad, incidente o situación relevante que ocurra durante la prestación del servicio, tanto al inicio como al final de cada turno, así como durante el desarrollo de las actividades asignadas.
9	Desarrollé las demás actividades relacionadas con el cargo que sean asignadas por el supervisor 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 0	OPERADOR:	MI PLANILLA
-------------------------	------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/29	\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/29	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/29	\$ 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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>HOLMAN YESID RESTREPO REYES</i> PS_3867_2026_OC63CA</p> <hr/> <p>HOLMAN YESID RESTREPO REYES CC: 1030638307</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> PS_3867_2026_OC63CA</p> <hr/> <p>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HOLMAN YESID RESTREPO REYES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1030638307, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260209	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
EIMY SALOME RESTREPO ALDANA	HI	1012438036	TI	20260209	No Registrada	Activo
MIA ANTONELLA RESTREPO CALDERON	HI	1141380262	RC	20260209	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Mayo de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

HOLMAN YESID RESTREPO REYES

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.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

HOLMAN YESID RESTREPO REYES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.638.307**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 29 de mayo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que HOLMAN YESID RESTREPO REYES identificado(a) con C1030638307 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10306383072614938549



CERTIFICADO

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

29/05/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HOLMAN YESID RESTREPO REYES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030638307**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488432835053**
Fecha de apertura **04/08/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA