

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	04096013		9504096013	I	2026/05/22	2026/05/21	BANCO AV VILLAS	\$499,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC	79403287	MATTA JOSE	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	04096013		9504096013	I	2026/05/22	2026/05/21	BANCO AV VILLAS	\$499,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$499,100	\$0	\$0	\$499,100	



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

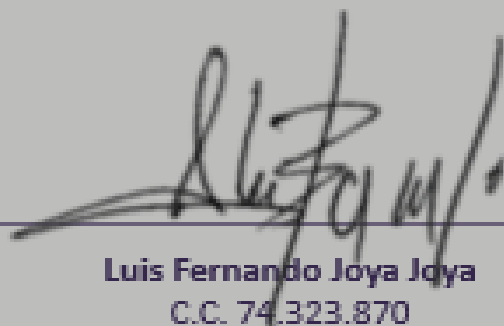
JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ

C.C. 79403287

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 21 de mayo de 2026



Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ			CC:	79403287
CORREO ELECTRÓNICO:	GMTTA28@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3158031008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 46 SUR 23 98 INT 4			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NEQUI	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	3158031008
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2824 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.234.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ PS_2824_2026_62E91A NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ CC: 79403287 CEL: 3158031008					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ				
CON C.C N°			79.403.287	
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 2824 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.114.000	No. HORAS EJECUTADAS	264	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.114.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.234.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	1. Realicé el recibo 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	2. Velé por el uso responsable, el mantenimiento adecuado y la conservación del vehículo asignado, asegurando su óptima condición, presentación y seguridad para prestar un servicio eficiente a la ciudadanía.			
3	3. Comunicué oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pudiera impactar 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	4. Reporté de manera inmediata cualquier accidente de tránsito o incidente con peatones a las autoridades y a la aseguradora, siguiendo estrictamente los protocolos establecidos.			
5	5. Cumplí con las normas de seguridad vial y utilicé responsablemente las señales de emergencia durante los traslados en ambulancia.			
6	6. Asistí y participé activamente en las capacitaciones y socializaciones programadas por la entidad.			
7	7. Diligencié, al inicio de cada turno, el formato preoperacional del vehículo asignado y cumplí con la normativa vigente en materia de seguridad vial. Asimismo, efectué la entrega de dichos formatos el primer día hábil del mes.			
8	8. Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones, manteniendo una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones. Informé de manera precisa cualquier novedad o situación relevante al inicio, durante y al finalizar cada turno.			
9	9. Desarrollé las demás actividades relacionadas con el cargo que fueron 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9504096013	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/21	\$ 218.900	

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/21	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/21	\$ 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	 JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ PS_2824_2026_62E91A JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ CC: 79403287		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_2824_2026_62E91A JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO		