

			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y			
ALVARO FERNANDEZ ALFONSO			
CON C.C.Nº		79.572.185	
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 7120405-2024 "APH"			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4258 2025	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 1.117.736	No. HORAS EJECUTADAS 264
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 16.215.835	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.456.520
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		7 MESES 11 DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes		
2	Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente		
3	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
4	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes		
5	Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, y		
6	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.		
7	Cumplí lo contemplado en el manual de bioseguridad		
8	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria		
9	Reporté sucesos de seguridad		
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades		
11	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo		
12	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades		
13	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional		
15	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución		
16	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
17	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SQDS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE		
18	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehículo		
19	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial		
20	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios		
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APROBABA 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 SECO?	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 secoop 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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	88847068	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	MI PLANILLA VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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, ari, 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p><i>Alvaro Fernández</i> ALVARO FERNÁNDEZ ALFONSO CC No 79.572.185</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	<p><i>Jose Octaviano Barrera</i> JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	<p><i>Claudia P. Milanes</i> CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH</p>



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVARO FERNANDEZ ALFONSO	CC:	79.572.185
CORREO ELECTRÓNICO:	alvarofer1501@gmail.com	TELÉFONO:	3166181446
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 32 No7b-22 este San Mateo Soacha	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones

(X)

SI tomaré costos y deducciones

()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488434314388
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4258 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.456.520
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Alvaro Fernandez

ALVARO FERNANDEZ ALFONSO
CEDULA:79.572.185
CELULAR:3166181446

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the center of the page.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79572195	ALVARO FERNANDEZ ALFONSO	CLL 32 No7b-22 este San Mateo Soacha	7210236	alvarof1501@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	NO
UNICA	I-Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	EMPLEADOS	UPC
		PLANILLA		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	1	15/08/2025	88847098	\$405.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	Valor	Valor					
EPS008	Compensar EPS	8600689427	178.000	0	0	0	0	0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
220301	Porvenir	800224908-9	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
TOTALES CAJAS															
Nombre															
NIT															
Valor Aporte															
Dias Mora															
Valor Mora Aporte															
Total a Pagar															
No. Afiliados															

TOTALES PARA FISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pension	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

