**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR** | | | **CC:** | **79123763** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **aphalvaroleon@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3215222256** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 1 # 36D 35 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **002170087569** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5760 2024** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.093.625** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2024/12/10** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31** | | | | |

*ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR*
*PS_5760_2024_7EB6FD*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR**
**CC: 79123763**
**CEL: 3215222256**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR** | | | |
| | **CON C.C N°** | **79.123.763** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER 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 7120405-2024 APH | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5760 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2024/12/10** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.235.472 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **225** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 23.348.640 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.093.625 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (12 Registros en preoperacional plataforma Netux). |
| 2 | Realicé la prestación del servicio como apoyo administrativo logístico (conductor) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. |
| 3 | Realicé los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. (16 Registros en plataforma Netux en el desarrollo de las actividades designadas. |
| 4 | Garanticé el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes (12 Registros en preoperacional plataforma Netux). |
| 5 | Di cumplimiento del procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales garantizando la operatividad de la unidad móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidad móvil asignada del Programa de Atención Prehospitalaria, así mismo, se realizó el porte de los elementos de identificación institucional. (12 Registros en preoperacional plataforma Netux). |
| 6 | Garanticé el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 8 | Garanticé oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria. |
| 9 | Reporté de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa mediante el uso de link de asistencia remitido en cada turno por los profesionales de enlace. |
| 10 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades. |
| 11 | Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 12 | Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información. |
| 13 | Atendí oportunamente las indicaciones del líder de la tripulación en el desarrollo de la prestación del servicio de los incidentes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. |
| 14 | Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades. |
| 15 | Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. |
| 16 | Realicé revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyando al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias (12 Registros en preoperacional plataforma Netux). |
| 17 | Garanticé la asistencia 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. |
| 18 | Realicé el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehículo de emergencia asignado (12 Registros en preoperacional plataforma Netux). |
| 19 | Efectué el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial (12 Registros en preoperacional plataforma netux). |
| 20 | Participe en las capacitaciones inherentes al programa de seguridad vial de la subred centro oriente E.S.E. , dirigida por el componente de SST. |
| 21 | Cumplí el trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro" y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de los respectivos honorarios. |

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9492414865 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/10/14 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/10/14 | $ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/10/14 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 178.000 |

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** | *ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR*<br>*PS_5760_2024_7EB6FD*<br>**ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR**<br>**CC: 79123763** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ*<br>*PS_5760_2024_7EB6FD*<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ*<br>*PS_5760_2024_7EB6FD*<br>**JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79123763 | | LEON CUELLAR ALVARO IGNACIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 1ERA 36 D 35 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2070072 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1844293495 | 9492414865 | I | 2025/10/15 | 2025/10/14 | NEQUI | 0 | $178,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 79123763 | LEON ALVARO | | 0 | $0 | $0 | EPS017 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79123763 | | LEON CUELLAR ALVARO IGNACIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 1ERA 36 D 35 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2070072 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1844293495 | 9492414865 | I | 2025/10/15 | 2025/10/14 | NEQUI | 0 | $178,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$178,000** | **$0** | **$0** | **$178,000** |

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 900.379.921**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR** identificado(a) con **CC** número **79.123.763**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **10 de enero de 2025**.

Para el año **2025** recibe una mesada pensional de **$ 1.908.763** mensuales, sobre la cual tiene descuentos por valor de **$ 190.900** por concepto de **Seguridad Social Eps**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de febrero de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

*__Importante:__ Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025020410145