

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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					
N° DEL CONTRATO:	PS 7837 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.733.973	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div></div><div>ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR PS_7837_2025_A1B7F2</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR CC: 79123763 CEL: 3215222256</div>					

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 DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7837 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.402.376	No. HORAS EJECUTADAS	179
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.402.376	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.733.973
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		

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	DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. 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. (20 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 - TAB). (15 DESPLAZAMIENTOS 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	GARANTICE 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. (20 REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
5	REALICE 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493871971	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

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	<div><div>ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR PS_7837_2025_A1B7F2</div></div> <div>ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR CC: 79123763</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7837_2025_A1B7F2</div></div> <div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

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
2025-10	2025-10	1930186797	9493871971	I	2025/11/18	2025/11/18	NEQUI	0	\$178,000

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,423,500	\$178,000			\$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
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

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
2025-10	2025-10	1930186797	9493871971	I	2025/11/18	2025/11/18	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 pensonal 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

2025020410146

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5760 2024 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5760 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5759 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf (Archivado)	PS 5759 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5760 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
			<div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div>		



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

ALVARO IGNACIO LEON CUELLAR

C.C. 79123763

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 30 de octubre de 2025

Ofelia Guevara Gómez

C.C. 51.609.213

Director Operativo Gestión de Talento Humano