

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVARO FERNANDEZ ALFONSO			CC:	79572185
CORREO ELECTRÓNICO:	ALVAROFER1501@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3166181446
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 32C 7B 22 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488434314388
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7836 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 1.976.148
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				



ALVARO FERNANDEZ ALFONSO
PS_7836_2025_4C64F9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALVARO FERNANDEZ ALFONSO

CC: 79572185

CEL: 3166181446

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

CON C.C N° 79.572.185

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 7836 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.402.376	No. HORAS EJECUTADAS	204
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.402.376	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.976.148
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	. GARANTICE LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO REGISTRANDO LAS NOVEDADES EN EL NETUX (18 REGISTROS EN LA PLATAFORMA NETUX DESDE EL (1 DE NOVIEMBRE AL 30)
2	2 DESARROLLE MIS ACTIVIDADES DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION MENSUAL Y EL CARRO ASIGNADO.
3	3 SE GARANTIZA EL ASEO Y EL CUIDADO DE LA MOVIL EN EL DURANTE MI TURNO REPORTAR LAS NOVEDADES O FALLAS A LOS JEFES GESTORES O MECATRONICOS VELAR POR EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS, Y DE LA MOVIL
4	4 REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DEL PREOPERACIONAL DEL VEHÍCULO, REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL DE LO REFERENTE A HERRAMIENTA, DOCUMENTACIÓN Y ACCESORIOS DE SEGURIDAD VIAL (18 PREOPERACIONES DURANTE EL MES RESGRISTRADOS EN EL TAPPTUS
5	5 ASISTI A CAPACITACIONES TANTO VIRTUALES COMO PRESENCIALES DURANTE EL MES ASISTI 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

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° 91314425	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 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 FERNANDEZ ALFONSO</div><div>PS_7836_2025_4C64F9</div><div>ALVARO FERNANDEZ ALFONSO</div><div>CC: 79572185</div></div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</div><div>PS_7836_2025_4C64F9</div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>	