**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: (31-01-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **FREY RODOLFO NAGLES SUAREZ** | | | **CC:** | **79464524** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **fredy4266@hotmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3127848415** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **cra 51 b 18 08 sur** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24138661731** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7807 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.092.392** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/11/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/02/28** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31** | | | | |

*FREY RODOLFO NAGLES SUAREZ*
*PS_7807_2025_74AE2A*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**FREY RODOLFO NAGLES SUAREZ**
**CC: 79464524**
**CEL: 3127848415**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **FREY RODOLFO NAGLES SUAREZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **79.464.524** | |
| **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 7807 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/11/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.402.376 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **216** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 7.323.372 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.092.392 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | |
| **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**<br>**(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. (15 REGISTROS 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). (SE REALIZARON LOS DESPLAZAMIENTOS REQUERIDOS EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONDUCTOR ADMINISTRATIVO REQUERIDOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO) |
| 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. (15 REGISTROS 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 92422045 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/01/06 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/01/06 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/01/06 | $ 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** | *FREY RODOLFO NAGLES SUAREZ*<br>*PS_7807_2025_74AE2A*<br>**FREY RODOLFO NAGLES SUAREZ**<br>**CC: 79464524** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS*<br>*PS_7807_2025_74AE2A*<br>**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |