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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO**			**CC:**	**79910314**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MPRIETOZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3024636955**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 14B 4A 21**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24139876257**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2974 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO
PS_2974_2026_741A6E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO
CC: 79910314
CEL: 3024636955

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO			
	CON C.C N°	**79.910.314**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2974 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	1. Consolidar y tramitar las solicitudes de servicio del parque automotor de propiedad de la Subred, de acuerdo a lo estipulado en el contrato de mantenimiento preventivo y correctivo con el que cuente la Subred. Se recibe correos electrónicos de los referentes con las novedades presentadas, se comunica al contratista PRECAR L.T.D.A. SAS, se realiza programación y supervisión a los mantenimientos preventivos y correctivos de los vehículos en la instalación del taller de las siguientes placas del parque automotor: JQV149, OBG179, OJX989, OBG356, OLN313, OLN313, OLN312, LIS788, QNM593, JQV145, JQV238, JQV223, JQV222, JQV145, LIS787, JQV149, JQV150, LIS789 YJQV147.
2	2. Aplicar las listas de chequeo pertinente a los vehículos que conforman el parque automotor de la subred, para garantizar su correcto funcionamiento. Los vehículos atendidos en el taller, se entregan al conductor con lista de chequeo verificado visualmente.
3	3- Tramitar y realizar el seguimiento correspondiente a las órdenes de solicitud de servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del parque automotor. Para el mes de agosto se realiza la atención de las solicitudes de los vehículos identificados con las siguientes placas: JQV149, OBG179, OJX989, OBG356, OLN313, OLN313, OLN312, LIS788, QNM593, JQV145, JQV238, JQV223, JQV222, JQV145, LIS787, JQV149, JQV150, LIS789 YJQV147.
4	4. Verificar que se realicen las correspondientes pruebas de ruta a los vehículos cuando salgan del taller para validar su adecuado funcionamiento. Se realiza acompañamiento de prueba de ruta de los siguientes vehículos: JQV149, OBG179, OJX989, OBG356, OLN313, OLN313, OLN312, LIS788, QNM593, JQV145, JQV238, JQV223, JQV222, JQV145, LIS787, JQV149, JQV150, LIS789 YJQV147.
5	5. Realizar los trámites correspondientes para garantizar que los vehículos cuenten con: Certificados de gases (Revisión Técnico Mecánica), Seguro Obligatorio, Seguros Contractuales contra terceros, vigentes) Para el periodo fue requerido realizar solicitud de expedición de la revisión tecno mecánica. Se recibe y realiza revisión a los SOAT del parque automotor.
6	6. Elaborar informe mensual de gastos del mantenimiento preventivo y correctivo del parque automotor de la Subred. Se remite mediante correo electrónico informe de gastos por concepto de mantenimientos preventivos y correctivos para los vehículos pertenecientes al programa de atención prioritaria APH, adjuntando archivo plano especificando en detalle lo facturado.
7	7. Garantizar que la totalidad del parque automotor de la subred cuente con las correspondientes hojas de vida actualizadas y lineamientos del plan estratégico de seguridad Vial, plan institucional de Movilidad Sostenible y Eco conducción. Al momento se está ingresando la información de los vehículos atendidos, con un avance de 60%.
8	8. Realizar el apoyo administrativo y técnico de los contratos de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, combustible, Prestación de servicio de transporte, lavado y suministro de llantas que suscriba la subred para el parque automotor. Se realiza el apoyo técnico y supervisión del contrato de mantenimiento preventivo y correctivo para el mes de abril. Se realiza certificación de adición y prorroga pago de la orden de compra 157928 y 157929.
9	9. Brindar apoyo técnico al área de compras en los procesos de evaluación de las propuestas recibidas, anexos técnicos para la contratación de los servicios relacionados con la línea de transporte. Se realiza borrador y solicitud para la contratación del servicio de mantenimiento del parque automotor.

10	10. Asegurar la adecuada y racional utilización de los recursos de la Subred y demás equipos y elementos que sean utilizados para el cumplimiento de las actividades contractuales. Se realiza revisión en detalle de las pre facturas de acuerdo a la oferta económica, se dan recomendaciones a los conductores del adecuado uso de los vehículos, se remite informe por daños ocasionados por posible mala operación.
11	11. Mantener la reserva y discreción de la información que por su actividad llegare a conocer. Entiendo y acepto la obligación de mantener la reserva y discreción sobre toda la información a la que tenga acceso durante el desarrollo de mis actividades
12	12. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presenten el cumplimiento de las actividades. Se remite informe técnico de los hallazgos del vehículo de placas QNM589.
13	13. Las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y que se encuentren relacionadas con el objeto contractual Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Diligenciamiento matriz de austeridad del gasto. Informe sistema eléctrico de ambulancia QNM589.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1083006727	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/29	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/29	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/29	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO* *PS_2974_2026_741A6E* **MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO** **CC: 79910314**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_2974_2026_741A6E* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-29, 06:42:01 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083006727

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823227385

PAGADO 29/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO		
Documento	CC79910314	**Dirección**	CR 14B #4 A - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3024636955
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FACATATIVA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79910314	MIGUEL ANGEL PRIETO ZAMUDIO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 10.500	$ 552.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.