252 H

| | | |
|---|---|---|
| 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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **79.401.408** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5708 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **9/12/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 2.309.988** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **TREINTA Y UN (31) DIAS** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 4.365.180** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** | **2.271.528** |
| **Nº DE INFORME:** | **2** | **Nº CRP:** | **50895** | **Nº CDP:** | **4122** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **3BL HOSPITAL SAN BLAS** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | **1** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **1** | **PRORROGAS** | **1** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.055.192** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **36** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | **VEINTITRES (23) DIAS** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ -** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ -** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** |
| **Nº DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | |

| **ITEM** | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes. |
| 2 | Se realizó la prestación del servicio como apoyo administrativo logistico (conductor) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. |
| 3 | Se realizaron los desplazamientos derivados devaloraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 4 | Se garantizo el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. |
| 5 | Dentro del desarrollo del cronograma de actividades designado se dio 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. |
| 6 | Se garantizo 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 | En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizo el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 8 | En la prestación del servicio se garantizó oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria. |
| 9 | En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo deactividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y lider del programa |
| 10 | En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades. |
| 11 | Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 12 | En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información. |

| | |
|---|---|
| 13 | Se atendieron 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 | Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades. |
| 15 | Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. |
| 16 | Se realizó revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias |
| 17 | Garantizar 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 | Se realizó el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehiculo de emergencia asignado. |
| 19 | Se efectuo el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta,documentación y accesorios de seguridad vial. |
| 20 | Se garantizó la participación en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **8382827183** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR EPS | 16/01/2025 | $ 163.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 16/01/2025 | $ 209.200 |
| RIESGOS LABORALES: | | | |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 372.700 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

LUIS ROBLES

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS
**C.C:** 79.401.408
**CEL:** 3123539739

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT 014**<br>**VERSIÓN: 6** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS** | **CC:** | 79401408 |
| | | **RUT (NIT):** | 79401408-1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | roblesherman82@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3123539739 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Carrera 7 ESTE #36 h 43 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | **( X )** |
| **SI** tomaré costos y deducciones | **( )** |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

| | | |
|---|---|---|
| **Regimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | **SI ( )** | **NO ( X )** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **20519661126** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5708 2024** | **N° CDP:** | **36** | **N°. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **9/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/01/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 4.265.180** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | | | | | | **$ 2.271.528** |
| | **DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE** | | | | | |

LUIS ROBLES

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS

**C.C 79401408**

**CEL: 3123539739**

| | | |
|---|---|---|
| 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **79.401.408** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5708 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **9/12/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.309.988,00 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 4.365.180,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 2.271.528,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 2 DE 2 | **N° CRP INICIAL:** | **50895** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **4122** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 8382827183 | | **OPERADOR:** | | MI PLANILLA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -2024 "APH" | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 1 ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.055.192 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 36 | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | VEINTITRES (23) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | | |

**IV. 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 01/01/2025 AL 31/01/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ**<br>**PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH** |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS
**No. Identificación:** CC79401408
**Dirección:** CALLE 74 A SUR N 78 D - 51 CASA 155
**Telefono:** 3670327
**Correo:** robleshernan82@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8382827183

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS |
| **Tipo y número de identificación** | CC79401408 |
| **Número de planilla** | 8382827183 |
| **Fecha pago** | 2025-01-16 |
| **Número de autorización pago** | 445276 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | diciembre de 2024 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | diciembre de 2024 |
| **Número de Administradoras** | 2 |
| **Total Pagado** | 372700 |
| **Total Intereses de Mora** | 2200 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 209200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 163500 | 1 |

8382827183

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79401408
APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 1300000 | 1300000 | 0 | 0 | 162500 | 0 | 208000 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información