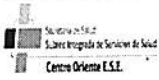
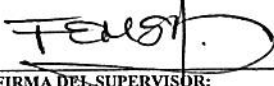
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y NARCISO BOHORQUEZ DUARTE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		79.406.964			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS RACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024"APII"			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5711 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 2.309.988		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 8.800.068		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		381. HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACION	
VALOR ADICIONADO		S 2.055.192		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		S 4.434.888		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		S -		TIEMPO PRORROGADO:	
				VEINTITRES (23) DIAS	
				DOS (2) MESES	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. 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)					
ITEM					
1 Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes					
2 Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente					
3 Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.					
4 Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes					
5 Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional.					
6 Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.					
7 Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad					
8 Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria					
9 Reporté sucesos de seguridad					
10 Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades					
11 Trae dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo					
12 Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades					
13 Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.					
14 Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional					
15 Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución					
16 Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.					
17 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.					
18 Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presente el vehículo					
19 Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial					
20 Durante el periodo certificado no se realizaron capacitaciones de seguridad vial					
21 Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato Informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios					
22 Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 - 2024 "APII" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.					
V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9480983319		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANTAS		S 178.000	
PENSIÓN:		PROTECCION		S 227.800	
RIESGOS LABORALES:					
OTRO					
TOTAL PAGADO				S 405.800	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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 evidencia fotográfica y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NARCISO BOHORQUEZ DUARTE					
C.C: 79406964					
Cel: 3143311720					

 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:		NARCISO BOHORQUEZ DUARTE			CC:		79406964
CORREO ELECTRÓNICO:		narcisobd@gmail.com			RUT (NIT):		79406964-6
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 55A 68C 03 SUR			TELÉFONO:		3143311720
					CIUDAD:		BOGOTÁ
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							
Régimen 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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							0008770124199
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 5711 2024	N° CDP:	326	N° RP:	10300	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 8800068	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.055.192 DOS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE						
							
NARCISO BOHORQUEZ DUARTE C.C: 79406964 Cel: 3143311720							

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			NARCISO BOHORQUEZ DUARTE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.406.964		
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 5711 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				9/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.309.988			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.800.068		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.055.192	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(3 de 3)		Nº CRP INICIAL: 50898	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 4122	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9480983319		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
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					
Nº DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
				ADICION (2) PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.055.192		CDP DE LA ADICIÓN: 36	
				RP DE LA ADICIÓN: 7546	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.434.888		CDP DE LA ADICIÓN: 326	
				RP DE LA ADICIÓN: 10300	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF				
CC 7940964		BOHORQUEZ DUARTE NARCISO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55A 69C 03 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.C.	5555555	No				
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor			
2025-01	2025-01	1263701211	940993319	1	2025/02/17	2025/02/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$405,800			
RESUMEN DE PAGO												
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)												
PROTECCION	230201		800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000			
SANTAS	EPS005		800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000			
TOTAL					1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																							
Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e														
CC 7940964			BOHORQUEZ DUARTE MARCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55A 68C 03 SUR	BOGOTA-BOGOTIA D.E.	5555555	ICBF														
									No														
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Valor															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite																		
2025-01	2025-01	1263701211	9400983319	1	2025/02/17	2025/02/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$405,800														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$327,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$327,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTIA Depto: BOGOTIA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$327,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
1	CC 7940964	BOHORQUEZ MARCO		30	\$1,423,500	\$327,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$327,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	