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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**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						
HENRY BUSTOS CAMARGO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.421.460**			
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 5697 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:	**$ 11.035.540**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.163.360**	
N° DE INFORME:	**5**	**N° CRP:**	**50884**	**N° CDP:**	**4122**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**CUATRO (4) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**3**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**3**	**PRORROGAS**	**3**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.055.192**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**36**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**7532**	**TIEMPO PRORROGADO:** **VEINTITRES (23) DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 4.434.888**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**326**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**10286**	**TIEMPO PRORROGADO:** **DOS (2) MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.235.472**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1036**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**12773**	**TIEMPO PRORROGADO:** **TREINTA (30) DIAS**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° 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** **(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 presenбación de sucesos de seguridad en el desarrollo deactividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa
10	En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, 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 politicas 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	Garantice 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 vehiculo, 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:	8635558695	**OPERADOR:**	ASOPAGOS S.A

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	14/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

VI. 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

HENRY BUSTOS CAMARGO
C.C 7942146
cel: 3193489753

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**HENRY BUSTOS CAMARGO**	**CC:**	79421460
		RUT (NIT):	79421460-9
CORREO ELECTRÓNICO:	camargo19@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3193489753
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 49 SUR # 13 D 63 ESTE	**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

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570007590231747**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5697 2024**	**N° CDP:**	**1036**	**N°. RP:**	**12773**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :CUATRO (4) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**9/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 11.035.540**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.163.360** **DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**					

HENRY BUSTOS CAMARGO
C.C 7942146
cel: 3193489753

Secretaría Distrital 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**HENRY BUSTOS CAMARGO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.421.460**

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 5697 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**9/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.309.988,00**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 11.035.540,00**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.163.360,00**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**5**	**Nº CRP INICIAL:**	**50884**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**4122**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**CUATRO (4) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**8635558695**		**OPERADOR:**		**ASOPAGOS S.A**
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:	**ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**3**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.055.192**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**36**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**7532**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**VEINTITRES (23) DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 4.434.888**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**326**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**10286**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS (2) MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.235.472**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1036**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**12773**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TREINTA (30) 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**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA POLIZA		**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 01/04/2025 AL 30/04/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05** Claudia P. Milanés **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ** **PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH**

ASOPAGOS s.a.

CERTIFICADO DE APORTES

PAGADO

Se certifica que HENRY BUSTOS CAMARGO CC 79421460 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social del empleado HENRY BUSTOS CAMARGO, identificado con CC 79421460 en la planilla número 8635558695 Sucursal No. 0

Período pensión	2025-03	Número planilla	8635558695	Entidad bancaria	BANCO COLPATRIA
Período Salud	2025-03	Referencia de pago	8606861118		
Tipo de planilla	I	Fecha de pago	2025-04-14		

Tipo Cotizante	Sub. Tipo	Colombiano en el exterior	Extranjero no oblig cot pensión	Actividad Económica	Departamento	Municipio	Administradora			Días	IBC	Tarifa	Cotización
							Tipo	Código	Nombre				
03	0			0	BOGOTA D.C	BOGOTA	AFP	25-14	COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	0,1600000	$ 227.800
							FSP	FSP001	Fondo Solidaridad Pensional	30	$ 1.423.500	0,000	$ 0
							FSS	FSP001	Fondo Subsistencia	30	$ 1.423.500	0,000	$ 0
							EPS	EPS008	COMPENSAR-EPS	30	$ 1.423.500	0,1250000	$ 178.000
							ARL	SINARL	SINARL	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							CCF	SINCCF	SIN CCF	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							SENA	SENA	SENA	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							ICBF	ICBF	ICBF	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							ESAP	ESAP	ESAP	0	$ 0	0,0000000	$ 0
							Ministerio	Ministerio	Ministerio	0	$ 0	0,0000000	$ 0

Novedades																																
ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Inicio Sln	Fecha Fin Sln	IGE	Fecha Inicio Ige	Fecha Fin Ige	LMA	Fecha Inicio Lma	Fecha Fin Lma	VAC	Fecha Inicio Vac	Fecha Fin Vac	AVP	VCT	Fecha Inicio Vct	Fecha Fin Vct	IRP	Fecha Inicio Irp	Fecha Fin Irp
																												0		