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 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						
MISAEL STERLING NARANJO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	3.086.956					
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 "APII"					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5710 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		
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	50897	Nº 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						
Nº 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:	7545	TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	CRP DE LA ADICIÓN:	10299	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.235.472	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	CRP DE LA ADICIÓN:	12786	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		
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas 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 presen6ación 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 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	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 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:	9484013232	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	11/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	CAFAM	11/04/2025	$ 28.500
TOTAL PAGADO			$ 434.300

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

Misael S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MISAEL STERLING NARANJO
C.C: 3.086.956
CEL: 3105628286

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:	**MISAEL STERLING NARANJO**	**CC:**	**3.086.956**
		RUT (NIT):	**3086956-6**
CORREO ELECTRÓNICO:	STERLINGNARANJO@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3105628286
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 36 60	**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			
Regímen 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**	**Nº CUENTA:**	**0570004870508035**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5710 2024**	**Nº CDP:**	**1036**	**Nº. RP:**	**12786**	**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 (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 2.163.360** **DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**					

Misael S

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MISAEL STERLING NARANJO
C.C: 3086956
CEL: 3105628286

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 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	MISAEL STERLING NARANJO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3.086.956

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 5710 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:	50897	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:	9484013232		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:	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:	7545	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10299	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.235.472	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12786	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 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 01/04/2025 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

aportes en línea

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 3086956		STERLING NARANJO MISAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 2 N° 36 - 60 APTO 602 TORRE 6	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1403791091	9484013232	I	2025/04/11	2025/04/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$434,300	$0	$0	$434,300

2025/04/11 07:11 AM

aportes en línea

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 3086956		STERLING NARANJO MISAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 2 N° 36 - 60 APTO 602 TORRE 6	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1403791091	9484013232	I	2025/04/11	2025/04/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
1	CC 3086956	STERLING MISAEL	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF21	30	$1,423,500	$28,500		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0

2025/04/11 07:11 AM