

		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 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:		\$ 12.710.440 ✓		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.344.860 ✓	
Nº DE INFORME:		6 ✓		Nº CRP:	
				50895 ✓	
				Nº CDP:	
				4122 ✓	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		4 ✓		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				4 ✓	
				PRORROGAS	
				4 ✓	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.055.192 ✓		CDP DE LA ADICIÓN:	
				36 ✓	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				7543 ✓	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.434.888 ✓		CDP DE LA ADICIÓN:	
				326 ✓	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				10297 ✓	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.235.472 ✓		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1036 ✓	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				12784 ✓	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.674.900 ✓		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1366 ✓	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				16030 ✓	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
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	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.				
2	Se realizó la prestación del servicio como apoyo administrativo logístico (conductor) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.				
3	Se realizaron los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.				
4	Se garantizó el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseó, 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 la unidad móvil asignada del Programa de Atención Prehospitalaria, así mismo, se realizó el porte de los elementos de identificación institucional.				
6	Se garantizó 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 garantizó 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 resolutive en la atención Pre Hospitalaria.				
9	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, 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	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 vehículo de emergencia asignado.
19	Se efectuó 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:	85924161	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

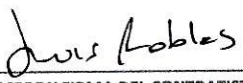
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

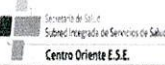
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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.

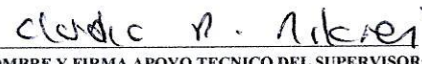
VII. ANEXOS

(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


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

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS		CC:	79401408	
CORREO ELECTRÓNICO:	robleshernan82@gmail.com		RUT (NIT):	79401408-1	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 7 ESTE #36 h 43 SUR		TELÉFONO:	3123539739	
			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 parágrafo 4 del decreto					
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 20519661126
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5708 2024	Nº CDP:	1366	Nº. RP:	16030
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/05/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05//2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.344.860				
DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS C.C: 79401408 CEL: 3123539739 </div> </div>					

		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			LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.401.408		
I. INFORMACIÓN 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:	\$ 12.710.440,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.344.860,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	50895	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	4122
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85924161	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					
Nº DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (4)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.055.192	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7543
VALOR ADICIONADO	\$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10297
VALOR ADICIONADO	\$ 2.235.472	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12784
VALOR ADICIONADO	\$ 1.674.900	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16030
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 clausula "Forma de Pago" , CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
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			

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

Señor(a): LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS
No. Identificación: CC79401408
Dirección: CR7ESTE#36H43SUR
Telefono: 3123539739
Correo: roblesherman82@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 85924161

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	85924161
Fecha pago	2025-05-02
Número de autorización pago	1952181
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2025
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2025
Número de Administradoras	2
Total Pagado	405800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

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	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

