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 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 "APH"

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:	**$ 12.710.440**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.372.775**
N° DE INFORME:	**6**	**N° CRP:**	**50897**	**N° 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**4**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**4**	**PRORROGAS**	**4**	
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	**$ 1.674.900**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1366**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**16032**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DIECINUEVE (19) 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:**			

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 las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
2	Preste servicios como apoyo administrativo logístico (conductor) 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. Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
3	Realice los desplazamientos derivados devaloraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
4	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
5	Cumplí 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 cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional.Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
6	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.;Uso del carne y del uniforme entrgado por la Subred.
7	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.;Uso correcto y adecuado de elementos de proteccion personal.
8	Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria.;Atención de los casos presentados en los tiempos adecuados.
9	Reporte los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales.;Reporte de los sucesos de seguridad.
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
11	Brinde trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. No se presentaron quejas por maltrato a cliente interno o externo durante el periodo.
12	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. No se presentaron novedades asistenciales durante el periodo.
13	Atendí las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realice el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención

14	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional;Adherencia a los procesos y protocolos del programa de APH.
15	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. Durante el periodo asisti a las capacitaciones programadas.
16	Revisé 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.;Preoperacional conductores
17	Respondi y asisti 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. Respuesta a las SDQS y novedades reportadas por el líder del programa.
18	Realice el registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo. Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
19	Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta,documentación y accesorios de seguridad vial. Realizando el Preoperacional de conductores en el aplicativo Tapptus.
20	Participe en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. Durante el periodo participe a las capacitaciones de Seguridad Vial.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9485198187**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**12/05/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**12/05/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	**CAFAM**	**12/05/2025**	**$ 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 período correspondiente

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: (31/05/2025)

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 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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570004870508035**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5710 2024**	**N° CDP:**	**1366**	**N°. RP:**	**16032**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**9/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/05/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 12.710.440**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.372.775**					
	DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE					

Misael S

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

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 FECHA: 2024-09-16

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:	$ 12.710.440,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.372.775,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:	50897	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4122
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485198187		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

N° 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:	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	$ 1.674.900	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16032	TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) 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 01/05/2025 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

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
2025-04	2025-04	1476234970	9485198187	I	2025/05/14	2025/05/12	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

2025/05/12 04:14 PM

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						
NARCISO BOHORQUEZ DUARTE						
NÚMERO DE 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	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA Y UN (31) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.710.440		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.233.200		
N° DE INFORME:	6	N° CRP:	50898	N° 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					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° 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:	7546	TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	CRP DE LA ADICIÓN:	10300	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.235.472	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	CRP DE LA ADICIÓN:	12787	TIEMPO PRORROGADO: TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.674.900	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	CRP DE LA ADICIÓN:	16033	TIEMPO PRORROGADO: DIECINUEVE (19) DIAS
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)
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	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo
12	Cumplí 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 presento el vehiculo
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 "APH" dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9485286791	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	16/05/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	16/05/2025	$ 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 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

NARCISO BOHORQUEZ DUARTE
C.C: 79406964
Cel: 3143311720

Secretaría 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 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:	$ 12.710.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.233.200		
N° PAGO / N° DE INFORME:	(6 de 6)	N° CRP INICIAL:	50898	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4122
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485286791	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							
N° 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:	7546	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10300	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.235.472	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12787	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.674.900	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16033	TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) DIAS

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 (01/05/2025) 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

	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: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**NARCISO BOHORQUEZ DUARTE**	**CC:**	79406964
		RUT (NIT):	79406964-6
CORREO ELECTRÓNICO:	narcisobd@gmail.com	***TELÉFONO:***	3143311720
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 55A 68C 03 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 parágrafo 4

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**	**Nº CUENTA:**	**0008770124199**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5711 2024**	**Nº CDP:**	**1366**	**Nº. RP:**	**16033**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**9/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/05/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 12710440**
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)	**$**					**2.233.200**
	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE					

NARCISO BOHORQUEZ DUARTE
C.C: 79406964
Cel: 3143311720

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 79486964		BOHORQUEZ DUARTE NARCISO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55A 68C 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1485517619	9485286791	I	2025/05/16	2025/05/16	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)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**

2025/05/16 07:24 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 79406964		BOHORQUEZ DUARTE NARCISO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55A 68C 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1485517619	9485286791	1	2025/05/16	2025/05/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$405,800

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			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	79406964	BOHORQUEZ NARCISO	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2025/05/16 07:24 AM