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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE				
	CON C.C Nº	**79.102.361**		
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 5709 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**9/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.309.988**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 17.958.460**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.233.200**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**7 MESES 22 DIAS**			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas 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	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	Respondi 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 vehiculo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial
20	Asisti a las capacitaciones de seguridad vial de la Subred Centro Oriente
21	Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277 2024 "APH" dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01-06-2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4604751396	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	13/06/2025	$ 178.000
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 178.000

V. 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE CC No 79102361
FIRMA DE QUIEN VALIDA	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15.906.500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH

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: 7 FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE**	**CC:**	79.102.361
CORREO ELECTRÓNICO:	luisaponte123@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3104495076
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 75 1 18 SUR	**CIUDAD:**	**BOGOTÁ DC**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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 único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales

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:**	450770020607

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5709 2024	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.233.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/06/2025 AL 30/06/2025**		

LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
CEDULA: 79102361
CELULAR: 3104495076

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	79102361
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CR 73 N 1-14 SUR	TELÉFONO	5302299
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			4604751396	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	mayo	AÑO 2025
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/06/13	NUMERO AUTORIZACIÓN			999000214

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR ADRES	COTIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES									
																										PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	IGE	RET	TDE	TDA	TAP	VSP	VCT	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IBP	FSP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79102361	APONTE BUSTAMANTE LUIS MARTIN	INDEPEND	00-SIN SUBTIPO COTIZANTE	$ 1.423.500				NO																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		EPS037-NUEVA EPS	30	1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 178.000

Planilla Pagada

Colpensiones

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONOMICA

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA SERVICIO AL CIUDADANO

Trámite de Notificación: 2016_7949928

PUNTO COLPENSIONES: OFICINA SECCIONAL A CUNDINAMARCA
SUBTRÁMITE(S) DE RENOCONOCIMIENTO: 2016_3382283
OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC
NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 79102361
NOMBRE CAUSANTE: LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE

En BOGOTÁ - BOGOTA D.C el 12 de julio de 2016

Se presentó LUIS APONTE BUSTAMANTE, identificado con CC 79102361 en calidad de Interesado. Con el fin de notificarse de la resolución N° GNR 94824 del 5 de abril de 2016, mediante la cual Se reliquida y ordena ingreso a nómina de pension de vejez

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente SI X NO ___ procede los recursos de reposición y subsidio de apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.
Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ___ NO: X NO APLICA _____ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 204 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES _____

FIRMA:
NOMBRE NOTIFICADO:
LUIS APONTE BUSTAMANTE

CC 79102361

FIRMA:
NOMBRE NOTIFICADOR: Liliana Maria Giraldo Cardona
CC 52206343

Scanned by TapScanner

31

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

Caso de Notificación:

2014_

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES CUNDINAMARCA

En Bogotá a los 05 días del mes de DICIEMBRE de 2014.

Se presentó Aponte Bustamante Luis identificado con la C.C. No 79.102.361 en calidad de interesado X tercero autorizado, ____ apoderado ___, con tarjeta Profesional No _____ del CS.J., con el fin de notificarse de la Resolución No. GNR 295645 De fecha 25 Agost 2014, mediante la cual Se Reconoce y Ordena el pago de una pensión Mensual vitalicia de Vejez.

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI _____ NO X, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8° de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Artículo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si X No___ Observaciones

_____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 79102361

EL NOTIFICADOR
C.C. 80146157

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by TapScanner