| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

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

**LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS**

**CON C.C Nº** **79.401.408**

| | |
|---|---|
| **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** | **No. HORAS EJECUTADAS** | **203** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 17.958.460** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 1.888.915** | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **7 MESES 22 DIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **3BL HOSPITAL SAN BLAS** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - 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 específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes. |
| 2 | Realice 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 | Realice los desplazamientos derivados devaloraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 4 | Garantice el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. |
| 5 | Di 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 | Garantice 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 | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 8 | Garantice oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria. |
| 9 | Reporte de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa |
| 10 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades. |
| 11 | Garantice trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 12 | Atnedí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información. |
| 13 | Atendí 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 | Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. |
| 16 | Realice 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 | Realice el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehiculo de emergencia asignado. |
| 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. |
| 20 | Garantice la participación en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 21 | Cumplí del tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. |

| 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 **01/07/2025 AL 31/07/2025**

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **8387487154** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **COMPENSAR** | **04/07/2025** | **$ 178.200** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **04/07/2025** | **$ 228.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | | | |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 406.200** |

**V. 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.

**VI. ANEXOS**

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

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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | LUIS ROBLES<br>**LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS**<br>**CC No 79401408** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | Claudia P. Milanes<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911**<br>**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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS** | **CC:** | **79.401.408** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | robleshernan82@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3123539739 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Carrera 7 ESTE #36 h 43 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**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:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **20519661126** |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5708 2024** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 1.888.915** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **9/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | **31/07/2025** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **01/07/2025 AL 31/07/2025** | | |

Luis Robles

**LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS**
**CEDULA:79401408**
**CELULAR: 3123539739**

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

**Señor(a):** LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS
**No. Identificación:** CC79401408
**Dirección:** CALLE36ISUR#6B-44ESTE
**Telefono:** 3123539739
**Correo:** robleshernan82@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8387487154

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** | 8387487154 |
| **Fecha pago** | 2025-07-04 |
| **Número de autorización pago** | 25120004 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | junio de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | junio de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 2 |
| **Total Pagado** | 406200 |
| **Total Intereses de Mora** | 400 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 228000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178200 | 1 |

8387487154

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 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información