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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS**			**CC:**	**79401408**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ROBLESHERNAN82@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123539739**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 22 7 SUR 4B 42 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**20519661126**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5708 2024**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.344.860**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2024/12/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS
PS_5708_2024_4E7EDF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS
CC: 79401408
CEL: 3123539739

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **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 N°	**79.401.408**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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**	**2024/12/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.309.988	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.224.155	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.344.860
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ		

ITEM	II. 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	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (12 Registros en preoperacional plataforma Netux).
2	Realicé 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	Realicé los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. (18 Registros en plataforma Netux en el desarrollo de las actividades designadas.
4	Garanticé el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes (12 Registros en preoperacional plataforma Netux).
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. (12 Registros en preoperacional plataforma Netux).
6	Garanticé 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	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
8	Garanticé oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria.
9	Reporté de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa mediante el uso de link de asistencia remitido en cada turno por los profesionales de enlace.
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
11	Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
12	Atendí 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	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
15	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
16	Realicé revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyando al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias (12 Registros en preoperacional plataforma Netux).
17	Garanticé 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	Realicé el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehículo de emergencia asignado (12 Registros en preoperacional plataforma Netux).
19	Efectué el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial (12 Registros en preoperacional plataforma netux).
20	Participe en las capacitaciones inherentes al programa de seguridad vial de la subred centro oriente E.S.E. , dirigida por el componente de SST.
21	Cumplí el trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro" y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de los respectivos honorarios.

III. 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8389955329	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/01	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/01	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/01	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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.

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	*LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS* *PS_5708_2024_4E7EDF* **LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS** **CC: 79401408**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ* *PS_5708_2024_4E7EDF* **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ* *PS_5708_2024_4E7EDF* **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 8389955329

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUIS HERNAN ROBLES CARDENAS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC79401408	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2025
Número de planilla	8389955329	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2025
Fecha pago	2025-10-01	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	25115751	**Total Pagado**	405800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

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

8389955329

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5708 2024 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5708 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5707 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 5707 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5708 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo