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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**HENRY BUSTOS CAMARGO**			**CC:**	**79421460**
CORREO ELECTRÓNICO:	**henrybustoscamargo@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3193489753**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49 N° 13D- 63 ESTE SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007590231747**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7808 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.005.209**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

HENRY BUSTOS CAMARGO
PS_7808_2025_D0129F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HENRY BUSTOS CAMARGO
CC: 79421460
CEL: 3193489753

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			
HENRY BUSTOS CAMARGO			
	CON C.C N°	**79.421.460**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7808 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.402.376	**No. HORAS EJECUTADAS**	**207**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.402.376	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.005.209
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. REALIZANDO LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES E INCIDENTES PRESENTADOS DURANTE LA OPERACIÓN DE LAS MÓVILES ADSCRITAS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, SIEMPRE POR MEDIO DEL EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIONES A LA CENTRAL Y POR MEDIO DE CELULAR Y LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES, AL PROFESIONAL DE ENLACE ASIGNADO, CUMPLIENDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. (29 REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
2	PRESTÉ SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO LOGÍSTICO (CONDUCTOR) PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE POR LOS DIFERENTES ESTAMENTOS NACIONALES INCLUYENDO EL CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO, EL PLAN DE SEGURIDAD VIAL DE LA SISSCO Y ESTÁNDARES DE CALIDAD, REALIZANDO LOS DESPLAZAMIENTOS DERIVADOS DE VALORACIONES Y/O TRASLADOS ESTABLECIDOS POR EL MÉDICO REGULADOR DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE Y ATENDIENDO LAS INDICACIONES DEL LÍDER DE LA TRIPULACIÓN (MÉDICO EN LAS UNIDADES MÓVILES DE MEDIANA COMPLEJIDAD (TAM) Y AUXILIAR O TECNÓLOGO EN LAS DE BAJA COMPLEJIDAD - TAB). (43 DESPLAZAMIENTO REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO FUERON REQUERIDOS, IGUALMENTE 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.
4	GARANTICE EL CORRECTO USO, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS ELEMENTOS INHERENTES AL VEHÍCULO, REALIZANDO LA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO Y LIMPIEZA DE LA MÓVIL, ENTREGA SEGURA DEL VEHÍCULO EN CASO DE SINIESTROS, ENTRADAS A TALLER O TERMINACIÓN DEL TURNO EN FORMA ANTICIPADA. (29 REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
5	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE FUERON INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8638745795	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	$ 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	*HENRY BUSTOS CAMARGO* *PS_7808_2025_D0129F* **HENRY BUSTOS CAMARGO** **CC: 79421460**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7808_2025_D0129F* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	HENRY BUSTOS CAMARGO
IDENTIFICACIÓN:	CC-79421460
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-18
FECHA DE PAGO:	2025-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	8638745795
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8606861118
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 405.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/12/2025

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5697 2024 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5697 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5697 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5697 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 5697 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

HENRY BUSTOS CAMARGO

C.C. 79421460

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 29 de octubre de 2025

Ofelia Guevara Gómez
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

1052087786HB