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						
JULIO CESAR PULIDO PINZON						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**79.496.571**		
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 5015 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**7/03/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.011.925**		**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**VEINTISIETE (27) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 2.011.925**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.189.848**
N° DE INFORME:	**1**		**N° CRP:**	**11546**	**N° CDP:**	**496**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**VEINTISIETE (27) 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:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**
VALOR ADICIONADO	**$ 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:** **0**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
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:**			

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
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.
2	Preste 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 devaloraciones y/o traslados establecidos 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 cumplir 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 carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
7	Garantice el cumplimiento de 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	Reporte los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales.
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
11	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
12	Atendi las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades
13	Atendi 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 realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre

14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
15	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
16	Revice 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. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas.
17	Respondi y asistir 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 junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo.
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	Participe en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E.
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 -2024 "APH" 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.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	NUEVO	**OPERADOR:**	NUEVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVO	NUEVO	$ -
PENSIÓN:	NUEVO	NUEVO	$ -
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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

Julio Cesar P.

JULIO CESAR PULIDO PINZÓN
CC: 79496571
CEL: 3133377517

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JULIO CESAR PULIDO PINZON**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.496.571**				
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 5015 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**7/03/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**		**2.011.925,00**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 2.011.925,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.189.848,00**		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**1**	**Nº CRP INICIAL:**	**11546**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**496**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**VEINTISIETE (27) DIAS**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NUEVO**	**OPERADOR:**	**NUEVO**		
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							
Nº DE MODIFICACIÓN:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**0**
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QÚE 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 **(07-03-2025) AL (31-03-2025)**

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**

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: (31/03/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIO CESAR PULIDO PINZON**	**CC:**	**79.496.571**
		RUT (NIT):	**79496571 - 5**
CORREO ELECTRÓNICO:	JULICEPU69@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3133377517**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 73G N° 79A 57 SUR	**CIUDAD:**	**BOFOTÁ D.C**
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			
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:**	**057000727115383O**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 5015 2025**	**N° CDP:**	**496**	**N°. RP:**	**11546**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : VEINTISIETE (27) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**7/03/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 2.011.925**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 07-03-2025 AL 31-03-2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 1.189.848** **UN MILLON CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE**					

Julio Cesar P.

JULIO CESAR PULIDO PINZÓN
C.C: 79496571
CEL: 3133377517

Salud Total EPS-S

Salud Total EPS-S

DECLARACIÓN ANUAL DE INGRESO BASE DE COTIZACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

Código: M-PYGA-F114
Fecha: 01-03-2018
Versión: 1.0
Página 1 de 1

NIT: 800130907-4

POR EL PERÍODO DE AÑO
Año:

FECHA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Año Mes Día

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES

2. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO M F

FECHA DE NACIMIENTO Año Mes Día

N°

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA

4. DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA

5. MUNICIPIO
Cód. DANE:

6. DEPARTAMENTO
Cód. DANE:

7. CORRECCIÓN DEL PERIODO

Fecha Declaración Corregida:

8. TELÉFONOS

II. DATOS ACTUALIZABLES PARA LA PRESUNCIÓN DE INGRESOS DE AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD

9. VALOR INGRESO BASE DE COTIZACIÓN PARA SALUD

9.A. PRINCIPAL MUNICIPIO DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD
U R COD

9.B. PRODUCTOR AGROPECUARIO SI NO

9.C. EDUCACIÓN
Nivel Educativo
Último año aprob.

9.D. PATRIMONIO VIVIENDA PROPIA SI NO

Especifiqué si lo cree necesario:

9.E. TAMAÑO EMPRESA (NÚMERO DE EMPLEADOS)

III. INFORMACIÓN ADICIONAL OPCIONAL

10. La cotización se pagará a través de una empresa agrupadora? SI NO

11. Si 10 es afirmativa
RAZÓN SOCIAL ENTIDAD AGRUPADORA
NIT DV
TELÉFONOS

DIRECCIÓN

MUNICIPIO COD

DEPARTAMENTO COD

IV. REFRENDACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

RADICACIÓN N°

FECHA
Año Mes Día

FIRMA TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 - Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIO CESAR PULIDO PINZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.496.571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **19/03/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULIO CESAR PULIDO PINZON** con **Cédula de Ciudadanía** número **79496571**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007271153830**
Fecha de apertura	**23/03/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Medellín, 19 de marzo de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JULIO CESAR PULIDO PINZON identificado(a) con C79496571 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C794965712507828218

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13