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

DIEGO FERNANDO PULIDO PEREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.007.107.115				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4882 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	14/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.592.493	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTISEIS (26) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.992.870	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.112.012		
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**		**Nº CDP:**	561
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
Nº DE POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ÍTEM	IV. 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	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO
3	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PIJAOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS
4	SE REALIZA CARACTERIZAZCION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482480589	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	09/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/04/2025	$ 34.700
OTRO	MORA	09/04/2025	$ 1.600
	TOTAL PAGADO		**$ 442.100**

VI. 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 calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SUCOP 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

Diego pulido

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO FERNANDO PULIDO PEREZ
CC: 1.007.107.115
CEL 3022309378

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-1A-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO FERNANDO PULIDO PEREZ	**CC:**	1.007.107.115
		RUT (NIT):	1.007.107.115
CORREO ELECTRÓNICO:	dfpulido23@gmail.com	**TELÉFONO:**	3022309378
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 58 SUR 28 72	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

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 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:	BANCO ITAÚ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	026130098

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4882 2025	**Nº CDP:**	561	**Nº. CRP:**		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13.992.870
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.112.012 DOS MILLONES CIENTO DOCE MIL DOCE PESOS					

Diego pulido

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO FERNANDO PULIDO PEREZ

CC: **1.007.107.115**

CEL: **3022309378**

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-1A-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIEGO FERNANDO PULIDO PEREZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.007.107.115				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4882 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	14/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.592.493				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.992.870			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.112.012
N° PAGO / N° DE INFORME:	3 de 3	**N° CRP INICIAL:**		**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	561
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482480589	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 01/04/2025 al 30/04/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007107115		PULIDO PEREZ DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Dg 58 sur N 28 72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3022309378	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1398515698	9483126343	I	2025/04/04	2025/04/09	NEQUI	5	$442,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
1	CC	1007107115	PULIDO DIEGO																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total Afiliados(1)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007107115		PULIDO PEREZ DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Dg 58 sur N 28 72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3022309378	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1398515698	9483126343	I	2025/04/04	2025/04/09	NEQUI	5	$442,100

RESUMEN DE PAGO

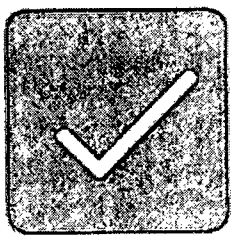
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$1,600**	**$0**	**$442,100**

2025/04/11 04:11 PM

3:03

← Detalle del movimiento

¡Pago exitoso!



Pago en	Aportes En Linea
¿Cuánto?	$ 442.100,00
Fecha	08 de abril de 2025 a las 10:29 p. m.
Referencia	M19012067
¿De dónde salió la plata?	Disponible

¿Algún problema con este movimiento?