



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTION DE CONTRATACION**  
**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:** 2025-06-09

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

**OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA**

**CON CC: N°**

1,022,982,748

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

PS 4574 2025

**FECHA INICIO CONTRATO**

06/02/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 8,979,740

**No. HORAS EJECUTADAS**

7

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 16,821,609

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 72,464

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

7 MESES 24 DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO  
 SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

**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)**

| ITEM | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES   |
|------|--|
| 1    | 1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades correspondientes a los entornos cuidadores<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): desarrollo de actividades correspondientes en la plataforma gesi dispuestos por la SDS   |
| 2    | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar y diligenciar el cronograma de actividades mensualmente.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): diligenciamiento de las actividades realizadas a diario en el cronograma de actividades  |
| 3    | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar la información y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): efectuar las actividades en la plataforma dispuestos por la SDS   |
| 4    | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar acciones y actividades correspondientes a la digitación de formatos de los entornos cuidadores<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): realización de digitación evaluando los campos obligatorios de las bases del entorno educativo, comunitario, laboral e institucional.  |
| 5    | 1. OBLIGACIÓN: Registrar y digitar la información de los formatos, fichas de captura, documentos y/o soportes generados de las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad del registro calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad en las aplicaciones y portales dispuestos por la SDS, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la respectiva revisión de fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones de los entornos cuidadores y gesi, y digitar información de formatos de los diferentes entornos cuidadores.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): validar acta de apropiación de lineamientos de la vigencia actual y poner en desarrollo la concordancia en cada base |
| 6    | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Gestión documental.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): productos en físico o magnéticos según aplique   |
| 7    | 1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Llevar a cabo el desarrollo de las actividades según los entornos cuidadores, en cuanto se requiera, acorde a el lineamiento.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): recopilar la información obligatoria de cada ficha asignada, examinando la calidad de datos de los documentos y bases   |
| 8    | 1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar entrega de productos acorde al lineamiento en tiempos establecidos.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Calidad en la digitación de los formatos entregados por los entornos cuidadores   |
| 9    | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades correspondientes a los entornos cuidadores según aplique el cargo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Orientar y apoyar al requerimiento de actividades que contribuyan a profesionales y otros entornos cuidadores  |

**III. 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 01/08/2025 al 31/08/2025

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                           |                |                      |                     |
|---------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b>   | 7978727519     | <b>OPERADOR:</b>     | SOI                 |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>  | <b>ENTIDAD</b> | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR PAGADO</b> |
| <b>SALUD:</b>             | NUEVA EPS      | 15/08/2025           | \$ 178,000          |
| <b>PENSIÓN:</b>           | PROTECCION     | 15/08/2025           | \$ 227,800          |
| <b>RIESGOS LABORALES:</b> | BOLIVAR        | 15/08/2025           | \$ 34,700           |
| <b>OTRO</b>               |                |                      |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b>       |                |                      | <b>\$ 440,500</b>   |

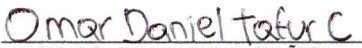
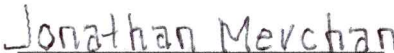
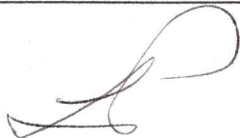
**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún 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 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 fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

|   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>   | <br>OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA<br>CC: 1022982748              |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>  | <br>JONATHAN FERNANDO MERCHAN CARRILLO<br>SUPERVISOR ALTERNO   |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b> | <br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |



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: 30/09/2025

|                      |                             |           |               |
|----------------------|-----------------------------|-----------|---------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA | CC:       | 1,022,982,748 |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | danytafur9301@gmail.com     | TELÉFONO: | 3156236396    |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 14 P 77 20 SUR IN 2      | CIUDAD:   | BOGOTÁ        |

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: | BANCO CAJA SOCIAL | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 24073305879 |
|--------------------------|-------------------|-----------------|---------|------------|-------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                         |  |            |
|--------------------------|-------------------------|--|------------|
| Nº DEL CONTRATO:         | PS 4574 2025            | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 72,464  |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 06/02/2025              | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 30/09/2025 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 1/08/2025 AL 31/08/2025 |  |            |

Omar Daniel Tafur C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

CC: 1,022,982,748  
CEL: 3156236396



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |   |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1022982748       |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | OMAR DANIEL TAFUR CASTANEDA                                     |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN:  | TRN 3 B N 77-20 SUR INT 2 TELÉFONO: 7645296                     |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y          |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO   |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |   |
|--------------------------------|---|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7978727519 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: julio PERIODO COTIZACIÓN MES: julio      |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025 SALUD: AÑO: 2025                    |
| DÍAS DE MORA:                  | 2   |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/08/15 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1704135134    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL          |        |                           |  |  | TOTALES    |                   |
|------------------------------|--------|---------------------------|--|--|------------|-------------------|
|                              |        |                           |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO      |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                           |  |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                           |  |  |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                    |  |  |            |                   |
| 8002297390                   | 230201 | 230201- PROTECCION        |  |  | 1          | \$ 228.100        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                           |  |  | <b>1</b>   | <b>\$ 228.100</b> |
| <b>SALUD</b>                 |        |                           |  |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                           |  |  |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                    |  |  |            |                   |
| 9001562642                   | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS          |  |  | 1          | \$ 178.300        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                           |  |  | <b>1</b>   | <b>\$ 178.300</b> |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                           |  |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                           |  |  |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                    |  |  |            |                   |
| 8600025032                   | 14-7   | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. |  |  | 1          | \$ 34.800         |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                           |  |  | <b>1</b>   | <b>\$ 34.800</b>  |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 440.500</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 700</b>     |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 441.200</b> |

## Pago de servicios electrónicos



### Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

**FECHA Y HORA**

15 agosto 2025 3:37 pm

DIRECCIÓN IP: 190.66.24.18

**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**

APII5227320191414640

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**

46407TE6

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| NOMBRE DEL COMERCIO            | SOI ACH  |
| NIT DEL COMERCIO               | 9998300785126  |
| CÓDIGO DEL SERVICIO            | 99000  |
| VALOR DE LA TRANSACCIÓN        | \$441.200,00   |
| VALOR DEL IMPUESTO             | \$0,00   |
| REFERENCIA DE PAGO             | 7978727519   |
| FECHA DE LA SOLICITUD          | 15 agosto 2025   |
| REFERENCIA 1                   | 10.80.25.153   |
| REFERENCIA 2                   | CC   |
| REFERENCIA 3                   | 1022982748   |
| CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS) | 1704135134   |
| CICLO DE LA TRANSACCIÓN        | 5  |
| DESCRIPCIÓN DEL PAGO           | Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales |
| CUENTA ORIGEN                  | Cuentamiga *****5879   |