

|    |  | SUBREDA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN |  | CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2025-06-09          |  |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBREDA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA</b>   |  |   |  |   |  |
| CON C.C. N°   |  |   | 80.238.867   |   |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBREDA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR  |  |   |  |   |  |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.</b>  |  | PS 4877 2025  |  | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> 14/02/2025                       |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>   |  | \$ 4.592.493  |  | <b>Nº. HORAS EJECUTADAS</b> 184                               |  |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>   |  | \$ 21.149.757   |  | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> \$ 2.539.887 |  |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>  |  | SIETE (7) MESES Y VEINTE (20) DIAS  |  |   |  |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>   |  | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO   |  |   |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>   |  | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADOO C5   |  |   |  |
| <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b>  |  |   |  |   |  |
| (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)  |  |   |  |   |  |
| <b>1 REALIZAR RECORRIDOS DIARIOS EN LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO PARA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO, Y FAMILIAS NUEVAS.</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>2 REALIZAR CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS UBICADAS EN CADA UNO DE LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO, CON EL APOYO DE LA HERRAMIENTA DISPUESTA PARA TAL FIN (APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS-SDS), CON CADA UNO DE LOS MÓDULOS QUE LO COMPONEN ACORDE A LA NECESIDAD DE ABORDAJE.</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>3 DEFINIR RUTA DE ATENCIÓN Y/O DERIVACIÓN (VALORACIÓN EN MÓVIL DEL CRUE, TRASLADOS A USS, ATENCIÓN INDIVIDUAL POR MÉDICO O ENFERMERA Y ATENCIÓN UAIC)</b>  |  |   |  |   |  |
| <b>4 ACTIVACIÓN DE RUTAS COMUNITARIAS, SECTORIALES E INTERSECTORIALES SEGÚN LAS SITUACIONES ENSALUD O SOCIALES QUE SE PRESENTEN.</b>  |  |   |  |   |  |
| <b>5 REALIZAR DEMANDA INDUCIDA PARA LAS JORNADAS DE SALUD, CITAS MÉDICAS, RUTA DE LA SALUD</b>  |  |   |  |   |  |
| <b>6 SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA A LAS RUTAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD ACORDE A CICLO VITAL DE CADA UNA DE LAS FAMILIAS ABORDADAS</b>  |  |   |  |   |  |
| <b>7 REALIZAR SEGUIMIENTOS POSTERIORES 24,48,72 HORAS POSTERIORES ATENCIÓN EN UAIC</b>  |  |   |  |   |  |
| <b>8 REALIZAR ACTIVIDADES DE LA UAIC, EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD, ENTRE LAS CUALES SE ENCUENTRAN, MENORES DE 5 AÑOS CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN, ERA, EDA.</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>9 APOYAR CON LABORES ADMINISTRATIVAS</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>10 REPORTAR LAS NOVEDADES QUE SE PRESENTEN EN CADA UNO DE LOS PUNTOS, A TRAVÉS DE ACTA EN ESPECIAL AQUELLOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN NEGATIVAS FRENTE AL ABORDAJE, SITUACIONES RELEVANTES FRENTE A TRASLADOS EN UNIDAD MÓVIL (AMBULANCIA) Y LOS HALLAZGOS O SITUACIONES QUE SE CONSIDEREN IMPORTANTES A RESALTAR.</b> |  |   |  |   |  |
| <b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>  |  |   |  |   |  |
| <b>No. DE PLANILLA:</b> 9491096510  |  | <b>OPERADOR:</b>  |  | <b>APORTES EN LINEA</b>                                       |  |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>  |  | <b>ENTIDAD</b>  |  | <b>FECHA DE PAGO</b>  |  |
| SALUD:  |  | SANTAS  |  | 12/09/2025  |  |
| PENSIÓN:  |  | PROTECCION  |  | 12/09/2025  |  |
| RIESGOS LABORALES:  |  | SURA  |  | 12/09/2025  |  |
| OTRO  |  | CAFAM   |  | 12/09/2025  |  |
| <b>TOTAL PAGADO</b>   |  |   |  | <b>\$ 469.000</b>   |  |
| <b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>   |  |   |  |   |  |
| 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 SMLLV (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.  |  |   |  |   |  |
| <b>VI. ANEXOS</b>   |  |   |  |   |  |
| (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   |  |   |  |   |  |
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>   |  |   | <br>LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA<br>CC No 80.238.867 DE BOGOTÁ |   |  |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>  |  |   | <br>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOZA<br>SUPERVISOR ALTERNO  |   |  |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>   |  |   | <br>LORENZA BECERRA CAMARGO<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO       |   |  |



| DATOS DEL CONTRATISTA   |                            |  |                                 |
|---|----------------------------|--|---------------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025   |                            |  |                                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS:  | LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA | CC:  | 80238867                        |
| CORREO ELECTRÓNICO:   | hetotapias@gmail.com       | TELÉFONO:  | 3226339712                      |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:  | CALLE 187C 4B 05           | CIUDAD:  | BOGOTA                          |
| <b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>  |                            |  |                                 |
| 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 DAVIVIENDA           | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS N° CUENTA: 455270086792 |
| DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO  |                            |  |                                 |
| N° DEL CONTRATO:  | PS 4877 2025               | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.539.887                    |
| FECHA DE INICIO CONTRATO  | 14/02/2025                 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 30/09/2025                      |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:  | 01/09/2025 AL 30/09/2025   |  |                                 |
| <br>LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA<br>C.C 80.238.867 DE BOGOTA<br>Cel: 3226339712  |                            |  |                                 |

# Resumen General de Pago

2025/09/11 09:31 PM

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |       | Razon Social             |            | Clase Aportante |      | Sucursal Principal |            | Direccion     |            | Ciudad-Departamento |           | Teléfono |  | Exonerado SEN e ICBF |  |
|-----------------------------------|-------|--------------------------|------------|-----------------|------|--------------------|------------|---------------|------------|---------------------|-----------|----------|--|----------------------|--|
| Identificación                    | DV    | TAPAS PARA LUIS HUMBERTO |            | INDEPENDIENTE   |      | PRINCIPAL          |            | Cra 64 191 09 |            | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  |           | 3933592  |  | No                   |  |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |       |                          |            |                 |      |                    |            |               |            |                     |           |          |  |                      |  |
| Periodo                           | Salud | Pago                     | Clave      | Planilla        | Tipo | Planilla           | Límite     | Fecha         | Pago       | Días Mora           | Valor     |          |  |                      |  |
| 2025-08                           |       | 177072751                | 9491094310 | 1               |      |                    | 2025/09/15 | 2025/09/12    | 2025/09/12 | 0                   | \$469,000 |          |  |                      |  |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                   | CODIGO | NIT          | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|--------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |              |    |           | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739  | 0  | 1         | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |              |    |           | \$34,700        | \$0            | \$0                    | \$34,700      |
| ARL SUVA                 | 14-11  | 890,903,790  | 5  | 1         | \$34,700        | \$0            | \$0                    | \$34,700      |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |              |    |           | \$28,500        | \$0            | \$0                    | \$28,500      |
| CAFAM                    | CCF71  | 860,013,3570 | 3  | 1         | \$28,500        | \$0            | \$0                    | \$28,500      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |              |    |           | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| SANTAS                   | EP5005 | 800,251,440  | 6  | 1         | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| TOTAL                    |        |              |    | 1         | \$469,000       | \$0            | \$0                    | \$469,000     |





johana torres <johalu0517@gmail.com>

---

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 1770757551**

1 mensaje

---

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: johalu0517@gmail.com

11 de septiembre de 2025, 21:31

**¡Hola, Johanna Alejandra Torres Villamizar!**

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor: \$ 469.000**

**Empresa: APORTES EN LINEA**

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9491096510

**Fecha de la transacción:** 11/09/2025

**CUS:** 1770757551

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.

No abras enlaces sospechosos.

Cambia tus contraseñas con regularidad.

Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.

Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

