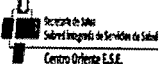
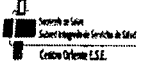
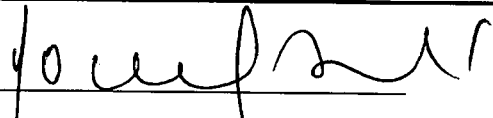
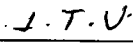


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.030.670.646
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 5191 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.970.808	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.995.452	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP: 44717 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN: 4053
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 4120
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 46
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	ASISTIR A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS POR SECRETRÍA DISTRITAL DE SALUD	
2	REALIZAR PROCESO DE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO	
3	REALIZAR PROCESOS DE ARTICULACIÓN CON PAI EXTRAMURAL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
4	REDACTAR INFORME DE GESTIÓN MENSUAL	
5	REALIZAR SEGUIMIENTO PERIODICO A LA PRODUCTIVIDAD DEL TALENTO HUMANO	
6	REALIZAR PROCESO DE PRE AUDITORIA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO, GARANTIZANDO CALIDAD DEL DATO, OPORTUNIDAD Y VERACIDAD DE LOS REGISTROS	
7	REALIZAR SEGUIMIENTO EN CAMPO A LAS ACTIVIDADES REPORTADAS POR EL TALENTO HUMANO	
8	REALIZAR PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CASOS SEGUN PERFIL Y PRIORIDADES ADSCRITAS	
9	DIRIGIR Y PARTICIPAR DE LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS CON EL TALENTO HUMANO	
10	SOCIALIZAR AL TALENTO HUMANO DICIEMBREDADES Y AJUSTES QUE SE DERIVEN DE LA OPERACIÓN	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9479400078	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	SANITAS	02/01/2025
PENSIÓN:	COLPENSIONES	02/01/2025
RIESGOS LABORALES:	SURA	02/01/2025
OTRO	CCF COMPENSAR	02/01/2025
TOTAL PAGADO		\$ 689.100
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 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.		
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		
JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.030.670.646 CEL: 3058179847		

		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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ			CC:	1.030.670.646
CORREO ELECTRÓNICO:	jeitorres78@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 76B 81B 12			TELÉFONO:	3058179847
				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.					
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					488404298413
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5191 2024	Nº CDP:	3662	NºCRP:	44717
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 18.995.452
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.228.106 CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE				
 NOMBRE: JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ CC 1.030.670.646 CEL 3058179847					

 Ministerio 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:		JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ			CC:	1.030.670.646
CORREO ELECTRÓNICO:		jeitorres78@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		TV 76B 81B 12			TELÉFONO:	3058179847
					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.						
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5191 2024	N° CDP:	46	N°CRP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 18.995.452
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.228.106					
CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE						
						
NOMBRE: JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ CC 1.030.670.646 CEL 3058179847						

		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 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.030.670.646		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 5191 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 18.995.452		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	44717
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9479400078		OPERADOR:	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (3)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		CDP DE LA	4053
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		CDP DE LA	4120
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		CDP DE LA	46
				RP DE LA	49657
				RP DE LA	50764
				RP DE LA	
				TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
				TIEMPO	UN (1) MES
				TIEMPO	UN (1) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. 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	
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/01/2025 AL 31/01/2025					
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			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030670646		TORRES ORTIZ JEWY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 76B 818 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5308988	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1165255494	9479400078	I	2025/01/14	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$689,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,900	\$0	\$0	\$41,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$41,900	\$0	\$0	\$41,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500
TOTAL				1	\$689,100	\$0	\$0	\$689,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1030670646		TORRES ORTIZ JEIMY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 76B 81B 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5308988	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1165255494	9479400078	I	2025/01/14	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$689,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,600	\$334,700			\$2,091,600	\$261,500			\$2,091,600	\$41,900			\$2,091,600	\$51,000		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,600	\$334,700			\$2,091,600	\$261,500			\$2,091,600	\$41,900			\$2,091,600	\$51,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,600	\$334,700			\$2,091,600	\$261,500			\$2,091,600	\$41,900			\$2,091,600	\$51,000		\$0	\$0
1	CC 1030670646	TORRES JEIMY	25-14	30	\$2,091,600	\$334,700	EP5005	30	\$2,091,600	\$261,500	CCF24	30	\$2,091,600	\$41,900	14-11	30	\$2,091,600	\$51,000	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,091,600	\$334,700			\$2,091,600	\$261,500			\$2,091,600	\$41,900			\$2,091,600	\$51,000		\$0	\$0