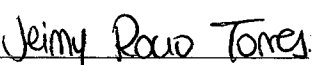
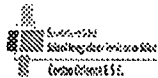
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
JEMY 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	\$	6.970.808	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR	\$ 5.228.106	
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	44717	Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) 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:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN:	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS (NUMERO)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE POLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	ASISTENCIA A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS PROGRAMADOS POR PARTE DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.				
2	VERIFICAR LA ASISTENCIA DEL TALENTO HUMANO A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y FORTALECIMIENTOS PROGRAMADOS.				
3	VERIFICAR LOS SOPORTES DE DESCARGAS DE ARCHIVO PLANO DEL APLICATIVO GTAPS PARA SEGUIMIENTO AL TALENTO HUMANO.				
4	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES REPORTADAS POR EL TALENTO HUMANO PARA GARANTIZAR EL DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y PERTINENTE, CON CALIDAD DE LAS ACTIVIDADES PARA EL MES EN CURSO.				
5	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS TERRITORIOS POR PARTE DEL TALENTO HUMANO.				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº. DE PLANILLA:	9477314425-9477345956	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/11/2024 - 18/11/2024	\$ 61.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/11/2024 - 18/11/2024	\$ 78.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/11/2024 - 18/11/2024	\$ 12.100
OTRO:	COMPENSAR	15/11/2024 - 18/11/2024	\$ 10.000
TOTAL PAGADO			\$ 161.600
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 SMMVLV (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			

 Secretaría de Salud Administración de la Salud Centro de Salud ESE	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: 30/11/2024						
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 párrafo 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					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488404298413
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5191 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44717	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/11/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.970.808
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
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						



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. INFORMACIÓN 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 N°. PS 5191 2024 FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 6.970.808

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.970.808 VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106

N° PAGO / N° DE INFORME 2 N° CRP INICIAL 44717 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL 9477314425 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

N° DE MODIFICACIÓN N° () TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA) ADICIÓN () PRORROGA ()

VALOR ADICIONADO \$ CDP DE LA RP DE LA TIEMPO (MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

N° DE POLIZA: NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA POLIZA: ACTO ADMINISTRATIVO DE

IV. VERIFICACIÓN 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	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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024

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:
SANTIAGO SERRANO ROJAS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Resumen General de Pago

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 768 818 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
2024-10	2024-10	1051123192	9477314425	I	2024/11/14	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	1	\$114,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$55,500	\$100	\$0	\$55,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$55,500	\$100	\$0	\$55,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,000	\$100	\$0	\$7,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$7,000	\$100	\$0	\$7,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,400	\$100	\$0	\$43,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$43,400	\$100	\$0	\$43,500
TOTAL				1	\$114,400	\$400	\$0	\$114,800

Resumen General de Pago

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 768 818 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
2024-10	2024-10	1051123192	9477314425	I	2024/11/14	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	1 \$114,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$346,667	\$55,500			\$346,667	\$43,400			\$346,667	\$7,000			\$346,667	\$8,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$346,667	\$55,500			\$346,667	\$43,400			\$346,667	\$7,000			\$346,667	\$8,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$346,667	\$55,500			\$346,667	\$43,400			\$346,667	\$7,000			\$346,667	\$8,500		\$0	\$0	
1	CC	1030670646	TORRES JEIMY	25-14	8	\$346,667	\$55,500	EPS005	8	\$346,667	\$43,400	CCF24	8	\$346,667	\$7,000	14-11	8	\$346,667	\$8,500	8	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$346,667	\$55,500			\$346,667	\$43,400			\$346,667	\$7,000			\$346,667	\$8,500		\$0	\$0	

Resumen General de Pago

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 768 818 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
2024-10	2024-10	1053488893	9477345956	N	2024/11/14	2024/11/18	BANCO DAVIVIENDA	4	\$46,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,600	\$100	\$0	\$22,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$22,600	\$100	\$0	\$22,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,400	\$100	\$0	\$3,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$3,400	\$100	\$0	\$3,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,800	\$100	\$0	\$2,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$2,800	\$100	\$0	\$2,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,600	\$100	\$0	\$17,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$17,600	\$100	\$0	\$17,700
TOTAL				1	\$46,400	\$400	\$0	\$46,800

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030670646		TORRES ORTIZ JEIMY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 768 818 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	Valor
2024-10	2024-10	1053488893	9477345956	N	2024/11/14	2024/11/18	BANCO DAVIVIENDA	\$46,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$141,333	\$22,600			\$141,333	\$17,600			\$141,333	\$2,800			\$141,333	\$3,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$141,333	\$22,600			\$141,333	\$17,600			\$141,333	\$2,800			\$141,333	\$3,400		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$141,333	\$22,600			\$141,333	\$17,600			\$141,333	\$2,800			\$141,333	\$3,400		\$0	\$0	
1	CC	1030670646	TORRES JEIMY	25-14	8	(\$346,667)	(\$55,500)	EPS005	8	(\$346,667)	(\$43,400)	CCF24	8	(\$346,667)	(\$7,000)	14-11	8	(\$346,667)	(\$8,500)	8	\$0	\$0
2	CC	1030670646	TORRES JEIMY	25-14	8	\$488,000	\$78,100	EPS005	8	\$488,000	\$61,000	CCF24	8	\$488,000	\$9,800	14-11	8	\$488,000	\$11,900	8	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$141,333	\$22,600			\$141,333	\$17,600			\$141,333	\$2,800			\$141,333	\$3,400		\$0	\$0	