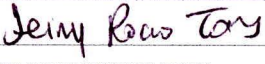
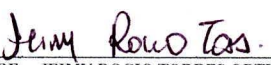
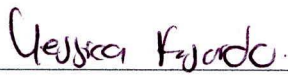


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y								
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:		\$	13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.659.674		
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	44717	Nº CDP:	3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	2		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49657	TIEMPO PRORROGADO :	NUEVE (9) DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO :	UN (1) MES	
III. POLIZAS								
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X		
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:				
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)								
ITEM								
1	ASISTIR A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS POR SECREATRIA 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 SEGÚN PERFIL Y PRIORIDADES ADSCRITAS							
9	DIRIGIR Y PARTICIPAR DE LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS CON EL TALENTO HUMANO							
10	SOCIALIZAR AL TALENTO HUMANO NOVEDADES Y AJUSTES QUE SE DERIVEN DE LA OPERACIÓN							
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL								
No. DE PLANILLA:	9478629328			OPERADOR:	APORTES EN LINEA			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD			FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS			09/12/2024		\$ 261.500		
PENSIÓN:	COLPENSIONES			09/12/2024		\$ 334.700		
RIESGOS LABORALES:	SURA			09/12/2024		\$ 51.000		
OTRO	CCF COMPENSAR			09/12/2024		\$ 41.900		
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 realice 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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 VERSION: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
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 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:	488404298413
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5191 2024	N° CDP:	4120	N°. RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 13.767.346
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.659.674 TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO 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:	\$ 13.767.346		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.659.674
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	44717	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478629328		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:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49657
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	4120	RP DE LA	49657
		TIEMPO		NUEVE (9) DIAS	
		TIEMPO		UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			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	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 10/12/2024 AL 31/12/2024					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principa	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010670646		TORRES ORTIZ JEMY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 768 818 12	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5308988	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Período	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1107260658	9478629328	I	2024/12/11	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	\$689,100
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	CV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
COMPENSIONES	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

5/191