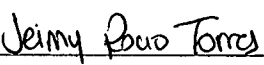
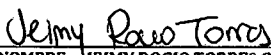
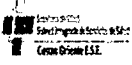
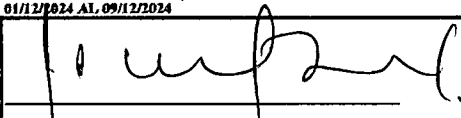
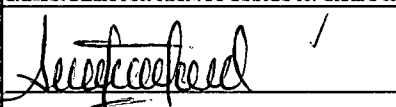
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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	\$	6.970.888	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.539.348	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.568.432	
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	44717	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CRP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49657
				TIEMPO PRORROGADO:	(9) NUEVE DIAS
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
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)					
ITEM					
1	ASISTIR A LOS PORTALENTRENOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD				
2	REALIZAR PROCESO DE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO				
3	REALIZAR PROCESOS DE ARTICULACIÓN CON PAI EXTRAMURAL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA				
4	REDACTAR INFORME DE GESTIÓN MENSUAL				
5	REALIZAR SEGUIMIENTO PERIÓDICO 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:	19478629328		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS	09/12/24	261.500		
PENSIÓN:	COMPENSACIONES	09/12/24	334.700		
RIFSCOS LABORALES:	SURA	09/12/24	51.000		
OTRO	CCF COMPENSAR	09/12/24	41.900		
TOTAL PAGADO		689.100			
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social desde el IBS se cobró sobre el 40% de los ingresos encausados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBS sea menor a 1 SMDMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cobro en el aplicativo scerp 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 vez de las obligaciones del contrato)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que sustenten las actividades realizadas en el período 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 - GESTIÓN 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: 31/12/2024			
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
Atestifico 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.			
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	0550488404298413
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA (ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO))			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5191 2024	Nº CDP:	4053 /
		Nº RP:	49657
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/12/2024
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/12/2024 AL 09/12/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$	1.568.432	
UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS 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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP4A-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 PRESTACION 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		24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.539.240		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 1.568.432	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 44717 Nº COP INICIAL DEL CONTRATO: 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES 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:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (1)		TIPO DE MODIFICACION (ADICIÓN - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICION (1) TIEMPO PRORROGADO: (9) NUEVE DIAS	
ADICIÓN:		4053		CRP DE LA ADICIÓN: 49657	
III. PÓLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO PÓLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
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, las cuales pueden ser verificables en el informe anexo y en el SECOI?		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 scop de la cuenta correspondiente al mas 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 01/12/2024 AL 09/12/2024					
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 PERFIL: 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	
2024-11	2024-11	1107260658	9478629328	I	2024/12/11	2024/12/09	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				0	\$689,100	\$0	\$0		\$689,100	

5191

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 81B 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5308988	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1107260658	9478629328	I	2024/12/11	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$689,100

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)					\$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	EPS005	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	