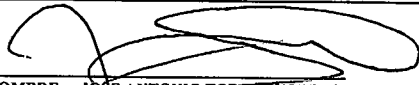


 <div>Servicio de Salud Salud integrada al Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
JOSE ANTONIO TORRES TORRES		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		17.595.863
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 5192 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: 44718 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		
¿PACTO 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 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	SE REALIZA SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES	
2	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS PLANILLA DE FIRMAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO. ARCHIVO PLANO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (TAMIZAJES, ALERTAS, RELACIÓN DE PREDIOS, ASIGNADOS, GESTIONADOS, PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL)	
3	SE REALIZA PROGRAMACION PARA LAS VALORACIONES INDIVIDUALES POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA.	
4	INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A COLABORADORES DE CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR	
5	SE REALIZA PRECRÍTICA DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRICES DADAS POR LOS REFERENTES DE CADA EVENTO REPORTADO A SIVIGILA. POSTERIORMENTE SE REALIZA EL ENVÍO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN AL CORREO DESTINADO PARA SU RECEPCIÓN Y CARGUE EN EL APLICATIVO.	
6	SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.	
7	SE REALIZA GESTIÓN DOCUMENTAL DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LOS COLABORADORES DE LOS COLABORADORES A CARGO	
8	SE REALIZA INFORME DE GESTIÓN DEL MES DE OCTUBRE, EN DONDE SE RELACIONAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA CADA PRODUCTO.	
9	SE ASISTE A LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LA COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR Y REUNIÓN DE EQUIPO PARA LAS LOCALIDADES A CARGO.	
10	SE REALIZA CERTIFICACIÓN A CADA UNO DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HORAS OPERATIVAS.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
Nº. DE PLANILLA:	4582414843	OPERADOR: SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	07/01/2025 \$ 334.600
PENSIÓN:	PORVENIR	07/01/2025 \$ 261.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	07/01/2025 \$ 51.000
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 647.100
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		
 JOSE ANTONIO TORRES TORRES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 17.595.863 CEL: 3183905723		

 Ministerio de Salud y Protección Social Subsecretaría de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ANTONIO TORRES TORRES		CC:	17.595.863	
CORREO ELECTRÓNICO:	joseatorrea2519@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18G 16 72		TELÉFONO:	3183905723	
			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:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					132355090
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	P5 5192 2024	N° CDP:	3662	N°CRP:	44718
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
				TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	25/10/2024	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:	JOSE ANTONIO TORRES TORRES				
CC	17.595.863				
CEL	3183905723				

 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:	JOSE ANTONIO TORRES TORRES	CC:	17.595.863
CORREO ELECTRÓNICO:	joseatorrea2519@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18G 16 72	TELÉFONO:	3183905723
		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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	132355090
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5192 2024	Nº CDP:	46
		NºCRP:	
		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 NÚMEROS)	\$ 5.228.106		
	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE		
 NOMBRE: JOSE ANTONIO TORRES TORRES CC: 17.595.863 CEL: 3183905723			



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	JOSE ANTONIO TORRES TORRES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	17.595.863

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 No.	PS 5192 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:	44718	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:	4582414843	OPERADOR:	SOI
---	------------	-----------	-----

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):	ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA 4053	RP DE LA 49651	TIEMPO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA 4120	RP DE LA 50759	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA 46	RP DE LA	TIEMPO UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
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.

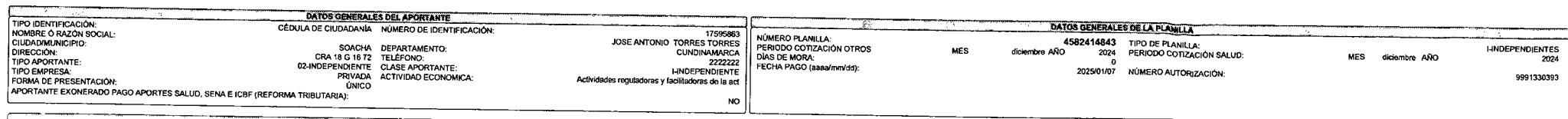
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 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



CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	Na. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTALES		VALOR PAGADO
						APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP						
						EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN		APORTES	MORA			
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 334.800	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 334.600	\$ 0			
SUBTOTALES:														\$ 334.600	\$ 0			
														\$ 334.600	\$ 334.600			

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500
SUBTOTALES:													\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500

CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
					INCAPACIDAD IRP	PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN		APORTES		MORA		TOTALES		VALOR PAGADO
				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR			PLANILLA	VALOR									
14-11	14-11 - ARL SURA			1		\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 51,000	\$ 51,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 51,000	\$ 51,000
SUBTOTALES:						\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 51,000	\$ 51,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 51,000	\$ 51,000

[illegible]

TOTAL	\$ 647.100
--------------	-------------------

Planilla pagada

