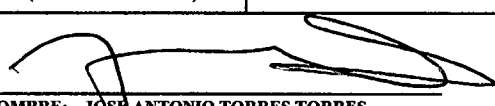
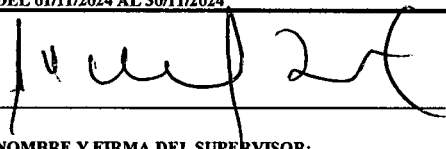


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 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:	\$	6.970.808	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.228.106	
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	44718	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					
¿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	CUMPLIMIENTO A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS PROGRAMADOS POR PARTE DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.				
2	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS TERRITORIOS POR PARTE DEL TALENTO HUMANO.				
3	PARTICIPAR DE LAS MESAS DE TRABAJO CONVOCADAS POR LA COORDINACIÓN DEL CONVENIO MAS BIENESTAR.				
4	DILIGENCIAR Y VERIFICAR LOS TABLEROS DE CONTROL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES, ASÍ COMO LOS FORMATOS FÍSICOS.				
5	PREPARAR Y ESTRUCTURAR LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO PARA EL TALENTO HUMANO.				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	4578542950	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	14/11/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	14/11/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/11/2024	\$ 31.700
OTRO	N/A	N/A	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 402.200
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 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 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, run) 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			

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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:	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	Nº 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)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5192 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44718
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/11/2024		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
					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 NUMEROS)	\$ 5.228.106				
#¿NOMBRE?					
					
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. 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 5192 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 PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2		Nº CRP INICIAL: 44718	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		4578542950		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 ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION () PRORROGA ()	
		CDP DE LA		RP DE LA TIEMPO (MESES O DIAS)	
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 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 PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		17595653		NÚMERO PLANILLA:		4578542950		TIPO DE PLANILLA:		INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		JOSE ANTONIO TORRES TORRES		CUNDINAMARCA		222222		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		octubre AÑO		2024					
CIUDAD/MUNICIPIO:		SOACHA		DEPARTAMENTO:		222222		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		CRA 18 Q 16 72		TELÉFONO:		222222		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999657854					
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDADES REGULADORAS Y FACILITADORAS DE LA ACT		INDEPENDIENTE									
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		UNICO													
FORMA DE PRESENTACIÓN:		UNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO													

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP	
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLOYADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP	
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLOYADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR
EP5006	EP5006-COMPENSAR	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP	
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLOYADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP		MORA		FSP	
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLOYADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:																			

TOTAL \$ 402.200

Planilla Pagada

EFFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. US: 9546632614
Cliente: 110263 PILA REFUND
Fecha: 14/11/2024 09:55:34
PAP: 983589
Identificacion: 17595863
Nombre: JOSE
Apellido 1: TORRES
Apellido 2: SSS
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 310210212
Codigo Planilla: 457842950
Periodo Pago: 2024/10
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 17595863 Valor: \$402.200.00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.
Para reclamaciones presente este
recibo al: (1) 6510101
servicioalcliente@effecty.com.co.
www.effecty.com.co