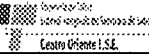
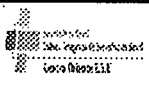
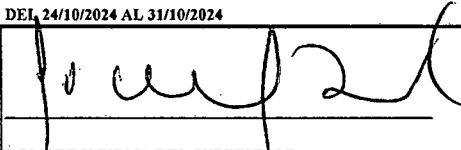
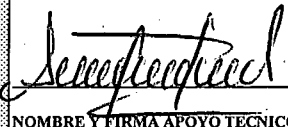
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 1 FECHA: 2014-09-16	
CERRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JOSE ANTONIO TORRES TORRES					
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			17.591.863		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 2014		FECHA INICIO CONTRATO:	
				14/10/2014	
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 PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.219.391	
N° DE INFORME:		1		N° CRP:	
				44718	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACION	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$		(NUMERO)	
				PRORROGAS	
		CDP DE LA ADICION:		(NUMERO)	
		3662		CRP DE LA ADICION:	
				44718	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO:		SI		NO	
				X	
N° 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)					
1	REALIZAR LA CONVOCATORIA A TODO EL TALENTO HUMANO GARANTIZANDO LA ASISTENCIA A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS REALIZADOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD PARA LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURAL HOGAR EBEH				
2	REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ASISTENCIA POR PARTE DEL TALENTO HUMANO A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS CONVOCADOS DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL				
3	ARTICULACION CON LOS DIFERENTES LIDERES DE LAS UNIDADES PARA LA SOLICITUD DE AUDITORIS PARA LAS CONVOCATORIAS DE LOS FORTALECIMIENTOS PRESENCIALES DE LOS LINEAMIENTOS				
4	CREAR Y COMPARTIR LA BASE DE TALENTO HUMANO A LOS EQUIPOS TRANSVERSALES Y COORDINACION DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR EBEH				
5	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES REPORTADAS POR LOS PROFESIONALES PARA GARANTIZAR EL DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y PERTINENTE CON LA CALIDAD DE SUS ACTIVIDADES PARA EL MES EN CURSO.				
6	VERIFICAR Y CONSOLIDAR LOS CONSENTIENTOS INFORMADOS PARA CREACIÓN DE USUARIO SIRC, DINAMICA Y OTAPFS DE LA TOTALIDAD DEL TALENTO HUMANO				
7	ASISTIR A LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR PARTE DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				
8	0				
9	0				
10					

11	
12	
13	
14	
15	

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
Nº DE PLANILLA:	N/A	OPERADOR:	N/A	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD	COMPENSAR	N/A	\$	-
PENSION	PORVENIR	N/A	\$	-
RIESGOS LABORALES	SL/RA	N/A	\$	-
OTRO	N/A	N/A	\$	-
TOTAL PAGADO				10

VII. 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 calcula 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 cpa, mli, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scoop 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 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 17.595.813 CEL: 3182905723	

		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:		31/11/2024	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.219.891 UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN 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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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 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 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: \$ 1.219.891	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		1		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:		N/A		OPERADOR: N/A	
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 - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIÓN () PRORROGA ()	
		CDP DE LA		RP DE LA TIEMPO (MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				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.					
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 24/10/2024 AL 31/10/2024					
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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

Medellin, 14 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **TORRES TORRES JOSE ANTONIO** con documento de identidad **C17595863**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE** con NIT **N900959051**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-10-30	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA





**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOSE ANTONIO TORRES TORRES identificado(a) con Cedula Ciudadania 17595863, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180404	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Noviembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26681263

CER-AFI



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ANTONIO TORRES TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.595.863**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente JOSE ANTONIO TORRES TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 17,595,863 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 132355090 apertura el 12 de diciembre de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 15 de noviembre de 2024.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0132355090
Cuenta de 16 dígitos:	0132000200355090
Cuenta de 20 dígitos:	00130132000200355090

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.